



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS POLÍTICAS. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.
MÉRIDA. VENEZUELA**

AUTOR:
LUIS ENRIQUE GONZÁLEZ ZÚÑIGA.

Madrid, Marzo 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS POLÍTICAS. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.
MÉRIDA. VENEZUELA**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado de Doctor
en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

Autor:

Luis Enrique González Zúñiga.

Director:

Dr. José María Poveda de Agustín

Madrid, Marzo 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que **Luis Enrique González Zúñiga**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo: **“SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA ESCUELA DE CIENCIAS POLÍTICAS. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA. VENEZUELA”**. Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Marzo 2012

DEDICATORIA

A Papá Dios

A mi ángel de la guarda

A mis abuelos Vicente y Susana

A mis padres Isabel y Eloy

A mis hermanos y todos los demás
integrantes de mi familia

A mi esposa e hijas por su gran
amor: Carmen Zulay, María de
los Ángeles Isabel y Oriana
Estefanía.

“...yo diría que lo que el hombre
quiere realmente no es, al fin y al
cabo, la felicidad en sí, sino un
motivo para ser feliz. En cuanto
lo encuentra, la felicidad y el
placer surgen por sí mismos”.

Viktor Frankl

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Los Andes por darme esta oportunidad a través del PAD y PLANDES.

A la Universidad Autónoma de Madrid por hacer accesible esta oportunidad a través del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina.

Al Dr. José María Poveda y al Dr. Jesús Poveda realizadores de sueños.

A la Dra. Ingrid Tortolero y todos mis compañeros del Doctorado por su gran apoyo.

A la Prof. Mercedes Terán por su asesoría, consejos y dedicación invalorable.

A los Doctores Luis Carruyo, José Romero y mis compañeros del PAD y PLANDES, por su asesoría, consejos y confianza en mí.

Al Dr. Manuel Aranguren Vicerrector Administrativo de la Universidad de Los Andes por su gran apoyo.

A las autoridades y profesores de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, sus directivos, profesores y especialmente los estudiantes de la Escuela de Ciencias políticas sin los cuales no tendríamos esta investigación por su gran colaboración.

A Carmen Zulay, María de los Ángeles Isabel y Oriana Estefanía por su comprensión, apoyo y amor.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el estado de la Salud Mental (SM) y la Salud Mental Positiva (SMP) en estudiantes universitarios de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. La población está conformada por los 270 estudiantes universitarios de dicha escuela, distribuida de la siguiente manera: estudiantes de recién ingreso Primer año: 153, a la mitad de la profesión Tercer año: 72, y a los que están terminando Quinto año: 45, para el curso de 2010. Para evaluar el estado de la SM y SMP en estudiantes universitarios, se empleó el Cuestionario de Salud General de Goldberg, (GHQ-28, 1996) y el Cuestionario de SMP de Lluch (SMP-39, 1999). Los resultados de este estudio indican que en los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela hay un porcentaje de alumnos con alteración de la SM (GHQ-28 positivo en 21,5%) equiparado al observado en estudios anteriores. De igual manera, el 50% de los estudiantes de Ciencias Jurídicas y Políticas perciben que tienen un buen nivel de salud mental positiva, mientras que el otro 50% se encuentra entre un nivel medio (48,1%) y nivel malo (1,5%), no encontrándose ningún estudiante en la categoría muy buena SMP. Es importante destacar que el aunar esfuerzos en la mejora de la SMP en los estudiantes permitirá utilizar de manera eficaz y eficiente los recursos que el Estado venezolano asigna a las universidades por cada estudiante (costo promedio por estudiante alrededor de los 10 mil dólares, Plandes, 2012). Como recomendación, se insta a las autoridades universitarias al fortalecimiento de la oficina recién creada de atención al estudiante en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la ULA, para que dentro de sus actividades se incluya la SMP con un equipo multidisciplinario que sirva de modelo piloto para el resto de las facultades y núcleos y se proyecte a otras universidades.

Palabras claves: Salud Mental, Salud Mental Positiva, salud, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

This research aims to assess the status of Mental Health (SM) and Positive Mental Health (SMP) in university students from the School of Political Science at the University of Los Andes, Mérida, Venezuela. The population is made up of 270 university students from the school, distributed as follows: new income students First year: 153, half of the profession Third year: 72, and those who are completing Fifth year: 45 for during 2010. To assess the state of the SM and SMP in college students, we used the General Health Questionnaire of Goldberg (GHQ-28, 1996) and Lluch Questionnaire SMP (SMP-39, 1999). The results of this study indicate that students of the School of Political Science at the University of Los Andes, Merida, Venezuela are a percentage of students with impaired SM (GHQ-28 positive at 21.5%) matched the observed in previous studies. Similarly, 50% of the students of Law and Political Science perceive they have a good level of positive mental health, while the other 50% are between a medium level (48,1%) and bad level (1,5%), finding no student in the category of very good SMP. Importantly, the joint efforts in improving the SMP students will use effectively and efficiently the resources allocated to the Venezuelan state universities per student (average per student cost around \$ 10,000, PLANDES, 2012). As a recommendation, urged the university authorities to strengthen the newly created office of student services at the Faculty of Law and Political Science at ULA, for their activities within the SMP includes a multidisciplinary team that serves as a model pilot for other schools and centers and is projected to other universities.

Keywords: Mental Health, Mental Health Positive, health, university students.

ÍNDICE GENERAL

P.p

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE GRAFICOS	xii
CAPITULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
I.1 ESTRUCTURA DE LA TESIS	7
I.2 JUSTIFICACIÓN	8
I.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
Objetivo General:	9
Objetivos Específicos:	9
I.4 HIPÓTESIS	10
CAPITULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
II.1 ANTECEDENTES	11
Salud Mental y Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios	15
II.2 BASES LEGALES	42
II.3 SALUD MENTAL (SM)	48
Síntomas Somáticos	55
Ansiedad e Insomnio	57
Disfunción Social	60
Depresión Grave	62
II.4 SALUD MENTAL POSITIVA (SMP)	64
La satisfacción personal	83
Actitud prosocial	95

Autocontrol.....	97
Autonomía	98
Resolución de problemas y autoactualización	100
Habilidades de relación interpersonal.....	105
II.5 TRAYECTORIA INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES (ULA).....	107
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas.....	114
El Estudiante de Ciencias Políticas.	117
Perfil Profesional.....	118
Áreas de desempeño.....	119
Campo Ocupacional	120
CAPITULO III.....	124
MARCO METODOLOGICO.....	124
III.1. METODOLOGÍA.....	124
Tipo y diseño de Investigación.....	124
Población Estudiada	125
Variables de estudio:	126
Análisis de datos.....	130
CAPITULO IV.....	131
RESULTADOS.....	131
IV.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES SEGÚN SU EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS POLÍTICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.....	131
Variables Edad, Sexo, Procedencia, Año de Curso, Salud Mental y Salud Mental Positiva	131
Relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la Salud Mental	137
IV.2 DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE CURSO CON LA SALUD MENTAL POSITIVA.....	141
IV.3 RELACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA.....	145
Incidencia de los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave en la salud mental de los estudiantes de Ciencias Políticas.	146
Incidencia de la satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualizaciones, habilidades de relación interpersonal en la salud mental positiva de los estudiantes de Ciencias Políticas.	148

CAPITULO V.....	152
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	152
V.1 ESTADO DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES SEGÚN SU EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS POLÍTICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.....	152
V.2 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE CURSO CON LA SALUD MENTAL POSITIVA	155
V.3 RELACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA.....	157
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	160
BIBLIOGRAFÍA	164
ANEXOS	178

INDICE DE TABLAS

P.p

Tabla 1. Factores de la Escala de Salud Mental Positiva	75
Tabla 2. Características de las personas mentalmente sanas.....	80
Tabla 3. Matrícula Activa de Pregrado según Facultades y Núcleos ULA - Años 2010 – 2011	111
Tabla 4. Operacionalización de Variables.....	126
Tabla 5. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las variables estudiadas.....	132
Tabla 6. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las variables estudiadas SM y SMP.....	135
Tabla 7. Relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la SM.....	138
Tabla 8. Relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la SMP.	142
Tabla 9. Relación entre las variables SM y SMP.	145
Tabla 10. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las categorías de la variable SM.	146
Tabla 11. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las categorías de la variable SMP.....	148

INDICE DE GRAFICOS

P.p.

Gráfico 1. Distribución Porcentual de Matrícula Activa de Pregrado según Facultades y Núcleos ULA - Año 2011. Fuente: Plandes, 2012.....	112
Gráfico 2. Evolución del Costo Anual del Estudiante en Dólares Años 2000 – 2010. Fuente: Plandes, 2012	113
Gráfico 3. Distribución de la variable Edad. Fuente: Tabla 5.	133
Gráfico 4. Distribución de la variable Sexo. Fuente: Tabla 5.	133
Gráfico 5. Distribución de la variable Procedencia. Fuente: Tabla 5.....	134
Gráfico 6. Distribución de la variable Curso. Fuente: Tabla 5.....	134
Gráfico 7. Distribución de la variable SM. Fuente: Tabla 6.	136
Gráfico 8. Distribución de la variable SMP. Fuente: Tabla 6.....	136
Gráfico 9. Estado de Salud mental según el Sexo de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.....	139
Gráfico 10. Estado de Salud mental según la Edad de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.....	139
Gráfico 11. Estado de Salud mental según la Procedencia de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.	140
Gráfico 12. Estado de Salud mental de los estudiantes del primero, tercer y quinto año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.	140
Gráfico 13. Estado de Salud Mental Positiva según el Sexo de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.	143
Gráfico 14. Estado de Salud Mental Positiva según la Edad de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.	143

Gráfico 15. Estado de Salud Mental Positiva según la Procedencia de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.	144
Gráfico 16. Estado de Salud Mental Positiva de los estudiantes del primero, tercer y quinto año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.	144
Gráfico 17. Estado de Salud Mental y Salud Mental Positiva de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 9.	145
Gráfico 18. Estado de Salud Mental de acuerdo a los factores de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 10.	147
Gráfico 19. Estado de Salud Mental Positiva de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 11.	150

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La salud mental (SM) es un asunto de todos (OMS 2004). La SM es una parte integral de la salud, la SM es más que ausencia de enfermedad y la SM está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta (OMS, 2001a).

La evaluación de la SM tiene una larga historia ligada al modelo clínico-médico, el cual se orienta a estudiar las enfermedades o trastornos. Para referir esta orientación hacia los aspectos negativos de la salud se utiliza comúnmente el concepto de SM. Aunque las definiciones conceptuales del término de salud mental se inclinan hacia los aspectos positivos (de bienestar), en la práctica el término se utiliza para referirse a la enfermedad o el trastorno. Sin embargo, algunos autores, como (Jahoda,1958), pretendieron aclarar la confusión existente enfatizando la dimensión salutogénica bajo el concepto de salud mental positiva (SMP).

Las organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental y las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, recogen la “ideología” positiva de: “prevención y promoción para todos”. Sin embargo, la realidad práctica, en el campo de la salud mental, se ajusta más a:

“tratamiento, rehabilitación y algo de prevención, en los países occidentales, para todos” (Lluch, 1999).

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es: “salud igual a ausencia de enfermedad” y su objetivo fundamental es la curación. Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental (Lluch, 1999).

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: “salud igual a algo más que ausencia de enfermedad” y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se concretó la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) cuando señaló que “la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía”. De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes” (Lluch, 1999). Desde esta perspectiva positiva se concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que

hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Lluch, 1999).

Así, la Salud Mental Positiva representa un cambio de paradigma; una revolución. Significa pasar de una salud mental en la que predomina el modelo de enfermedad y la perspectiva negativa de la salud, a otra en la que se hace énfasis en la construcción de competencias, la prevención y la promoción de la salud afectiva.

Tradicionalmente, la psicología se ha dedicado fundamentalmente a investigar, entender o explicar la disfunción, y los profesionales están formados para trabajar con la patología (Lluch, 2002).

Durante muchos años la psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad del ser humano, llegando a identificar y casi confundir psicología con psicopatología y psicoterapia. Este fenómeno ha dado lugar a un marco teórico de carácter patogénico que ha sesgado ampliamente el estudio de la mente humana. Así, la focalización exclusiva en lo negativo que ha dominado la psicología durante tanto tiempo, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano y que ha contribuido a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Vera, 2006).

El modelo patogénico adoptado durante tantos años se ha mostrado incapaz de acercarse a la prevención del trastorno mental. Quizá la clave de este fracaso se encuentre en que la prevención siempre ha sido entendida desde los aspectos negativos y se ha centrado en evitar o eliminar las emociones negativas. De hecho, los mayores progresos en prevención han venido de perspectivas centradas en la construcción sistemática de competencias (Vera, 2006). En este sentido, se ha demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras contra el trastorno mental y parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características positivas y fortalezas humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor, entre otras, actúan como barreras contra dichos trastornos.

De forma histórica, la psicología ha concebido al ser humano como un sujeto pasivo, que reacciona ante los estímulos del ambiente. El foco de la psicología aplicada se ha centrado en curar el sufrimiento de los individuos y ha habido una explosión en la investigación de los trastornos mentales y los efectos negativos de estímulos estresores. Jahoda elabora un modelo proponiendo seis criterios que abordan este tema; tales criterios son: actitudes hacia ti mismo, crecimiento y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno. Cada uno de

esos criterios representa un aspecto de la SMP, desde la perspectiva de Jahoda.

Los universitarios están sometidos a un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que suelen experimentar una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés (Fisher, 1984).

Nos vamos a centrar en la SM y la SMP de los estudiantes universitarios estando interesados, en principio, en el conocimiento de aquellas situaciones que lo producen en mayor medida y en la intensidad, magnitud y tipo de manifestación --respuesta-- psicológica que provoca. Los estudiantes deben adoptar una serie de estrategias de afrontamiento muy distintas a las que disponían hasta el momento antes del ingreso a la universidad para superar con éxito las nuevas exigencias que se les demandan. Sin embargo, una gran parte de esos nuevos estudiantes universitarios carecen de esas estrategias o presentan unas conductas académicas que son inadecuadas para las nuevas demandas. Fisher (1984, 1986) considera que la entrada en la Universidad (con los cambios que esto supone) representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el individuo puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés y, en último término, potencial generador -con otros factores- del fracaso académico universitario.

La adecuada formación académica de los futuros politólogos requiere de un estado recomendable de SM. Sin embargo, esta condición no suele siempre cumplirse, dado que una combinación de factores internos y externos crea una alta incidencia de afectaciones psicológicas dentro de la población universitaria que atenta con la permanencia en la carrera y el egreso por graduación.

Los profesionales tienen el cometido de tratar los trastornos mentales de los pacientes dentro de un marco patogénico en el que es crucial la reparación del daño. Sin embargo, la psicología no es sólo un brazo centrado en la enfermedad, es mucho más que eso. En los últimos años se han alzado voces que, retomando las ideas de la psicología humanista acerca de la necesidad del estudio de la “parte positiva” de la existencia humana, han aportado un sólido soporte empírico y científico a esta parte descuidada de la psicología.

En este sentido, el objetivo de este trabajo es evaluar el estado de la SM y la SMP en estudiantes universitarios de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. El estudio comprende a los estudiantes de recién ingreso, primer año, a la mitad de la profesión tercer año y a los que están terminando quinto año. Para el curso de 2010.

I.1 ESTRUCTURA DE LA TESIS

La presente investigación abarca cinco capítulos:

En el capítulo I, se presenta la introducción del trabajo, así como el planteamiento del problema, en términos de la situación observada, la justificación de la investigación, los antecedentes o trabajos previos realizados sobre el problema en estudio y las bases legales.

El capítulo II se refiere al marco referencial o teórico, el cual parte de los aspectos relacionados a la Salud Mental (SM) contemplados en el Cuestionario de Salud General de Goldberg: Síntomas Somáticos, Ansiedad e Insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave. y a la Salud Mental Positiva (SMP) el cual se plasman los elementos que la componen como la Satisfacción personal, la Actitud prosocial, el Autocontrol, la Autonomía, la Resolución de problemas y autoactualización y las Habilidades de relación interpersonal. De igual manera, se hace referencia a la Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios (SMPEU), específicamente en poblaciones latinas.

En el capítulo III se presenta lo referente al marco metodológico empleado en la investigación partiendo de los objetivos tanto general como específicos, la metodología en general, en relación al tipo de investigación, la descripción de

la población, descripción del instrumento de recolección de los datos, técnica de la recolección de los mismos, descripción de los procedimientos para realizar el trabajo y técnica de análisis de datos.

El capítulo IV, presenta los resultados encontrados en Tablas y gráficos.

El capítulo V, presenta el análisis e interpretación de esos resultados los cuales se interpretan a la luz de las investigaciones y marco teórico que sustentan la evaluación de la salud mental y la salud mental positiva en estudiantes de la Escuela de Ciencias Política. Continuamente se presentan las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas, y anexos.

I.2 JUSTIFICACIÓN

La intención del estudio es evaluar el estado de la SM y la SMP en estudiantes universitarios de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Teniendo como marco Nuestro Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis, que está inmerso dentro del Proyecto, que lideriza el Dr. José María Poveda de Agustín: “Salud Mental en Estudiantes de Medicina: una experiencia en cuatro continentes”: Cambodia (UHS), Tailandia (Chulalongkorn U), Marruecos (U de Fez), España (UAM-UCM), Venezuela (ULA-UC-UNERG) y Paraguay (UNIDA).

La Universidad Autónoma de Madrid (UAM) desde hace 12 años estudia la SM en los estudiantes Universitarios de medicina y creemos que también es una necesidad hacerlo en la Escuela de Ciencias Políticas y en todos los universitarios. Junto con dos de mis compañeros del Doctorado estamos abordando las escuelas de Ciencias Políticas, Derecho y Criminología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Los Andes (FACIJUP). Nuestro trabajo persigue, entre otras cosas, contribuir a fortalecer la recién creada oficina de atención al estudiante de esta facultad.

I.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Evaluar la salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de Primer, Tercero y Quinto Año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivos Específicos:

- 1) Describir el estado de la Salud Mental en estudiantes de Ciencias Políticas según su Edad, Sexo, Procedencia y Año de la carrera.
- 2) Describir el estado de la Salud Mental Positiva en estudiantes de Ciencias Políticas, según Edad, Sexo, Procedencia y Año de la carrera.

- 3) Determinar la relación entre la Salud Mental y Salud Mental Positiva.

I.4 HIPÓTESIS

1. Existe relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la Salud Mental.
2. Existe relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la Salud Mental Positiva.
3. Existe relación significativa entre la Salud Mental y la Salud Mental Positiva.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

II.1 ANTECEDENTES

Durante muchos años la psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad del ser humano, llegando a identificar y casi confundir psicología con psicopatología y psicoterapia. Este fenómeno ha dado lugar a un marco teórico de carácter patogénico que ha sesgado ampliamente el estudio de la mente humana. Así, la focalización exclusiva en lo negativo que ha dominado la psicología durante tanto tiempo, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; citados por Vera Poseck, 2006) y que ha contribuido a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Gilham y Seligman, 1999; citados por Vera Poseck, 2006).

Así, en la historia de la psicología se observa que se ha prestado mucha atención al estudio de las dificultades y carencias de las personas, como la desesperanza, depresión, ansiedad, frustración etc., dejando un poco de lado las fortalezas y capacidades para el logro de la salud y la adaptación a diversos contextos sociales y culturales. Como reacción a esta visión

tradicional, la Psicología Positiva, brinda una nueva perspectiva para abordar los fenómenos psíquicos. En el año 2000 Martin Seligman, de la Universidad de Pensilvania, y Mihaly Csikszentmihalyi, de la Universidad de Claremont, señalaron que la Psicología Positiva, es la “ciencia de la experiencia subjetiva, que se propone estudiar los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano”. Entre los diversos temas que la Psicología Positiva aborda, la felicidad siempre ha tenido importancia, para hombres y mujeres, como meta de la vida. En los últimos años, las investigaciones acerca de la felicidad y su relación con diversas variables psicológicas, socioculturales y demográficas han aumentado. Según Vazquez y Hervás (2008), el objetivo de la psicología positiva ha sido dar un impulso al estudio de lo positivo, que hasta hace pocos años era muy escaso. El signo más claro que revela este abandono del estudio de lo positivo es la escasez de modelos sobre el bienestar humano.

De la misma forma, el apoyo empírico recogido por algunos modelos está aún en su fase inicial por lo que en los próximos años se deberían producir avances relevantes teóricos y prácticos relacionados con estas nuevas aproximaciones. Como ha expuesto Salanova (2008), si se hace una breve revisión de la literatura científica publicada en los últimos cien años (desde 1907 hasta 2007) se han publicado 77614 artículos sobre ‘estrés’, 44667 artículos sobre ‘depresión’, 24814 sobre ‘ansiedad’ pero sólo 6434 sobre

'bienestar'. En esta vasta y larga producción, el número de trabajos sobre salud mental positiva se pueden contar con los dedos; desde el trabajo de Johada (1958), poca o casi nada ha sido la investigación práctica sobre la misma.

Y es esa parte descuidada de la psicología, la que recoge precisamente la Salud Mental Positiva. Paradigma que en sus bases teóricas y en su praxis, agrupa ramas de la Psicología tales como: la Psicología Positiva, la Psicología de la Felicidad, la Psicología Afectiva.

Esta perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad" y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se definió la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) cuando señaló en 1948 que "la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía". De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes" (Lluch, 1999).

La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo

potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997a; Martí Tusquets y Murcia Grau, 1987, citados por Lluch, 1999).

La Salud Mental Positiva representa un cambio de paradigma; una revolución. Significa pasar de una salud mental en la que predomina el modelo de enfermedad y la perspectiva negativa de la salud, a otra en la que se hace énfasis en la construcción de competencias, la prevención y la promoción de la salud afectiva. Sin embargo, por razones que tienen que ver con la sociología de la ciencia y con el propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, históricamente el foco de las intervenciones en áreas relacionadas con la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009). Apenas en las últimas dos décadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000), en el ámbito de la Psicología, se ha enfatizado en los estados psicológicos positivos, como factores protectores de la salud física y mental, y especialmente la relación existente entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades. Más aún, si nos referimos al establecimiento de teorías y modelos positivos, salvando intentos excepcionales (p. ej.: Jahoda, 1958), éstos son en general bastante más recientes (Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Seligman, 2002; citados

por Vázquez, et al, 2009), sobre todo, si se compara con el largo desarrollo histórico de los modelos explicativos de los trastornos mentales.

Salud Mental y Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios

En América latina tenemos numerosos estudios referidos a la Salud Mental, aunque muy pocos en Salud Mental Positiva, y en específico en estudiantes universitarios, la mayoría del área de la salud y psicología (Al Nakeeb et al, 2009, Alonso Palacio, et al, 2000, 2007, Amézquita, González y Zuluaga, 2003, Poveda, et al 2000; entre otros) según nuestra revisión bibliográfica, de los cuales se retoman algunos:

En Colombia tenemos los siguientes:

Escobar y Gallo (2003), explican la relación entre factores curriculares y las actitudes hacia la promoción de la salud, que tienen los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas, entre los años 2002 y 2003 en la ciudad de Manizales. Se calculó una muestra de 230 estudiantes, de los cuales se aplicó una encuesta y una escala Likert a 173. Además se realizaron 4 grupos focales y el análisis documental de los principios del currículo oficial de programa de medicina y del plan de estudios. Se encontró que el 66.5% de los estudiantes presentó actitud indiferente hacia la promoción de la salud, el 15% actitud positiva y actitud muy positiva el 2.9%; para el 13.9% la actitud fue negativa y muy negativa para el 1.7%. Las

materias de las áreas básica, clínicas, quirúrgicas y de salud mental, presentan enfoque mórbido excepto las asignaturas de pediatría, pues son las únicas que involucran componentes como promoción de la salud en la formación del estudiante. Los hallazgos demuestran que los currículos oficial y oculto fortalecen la formación clínica y reproducen la impronta institucional que ha tenido el programa, lo que podría explicar la actitud indiferente hacia la promoción de la salud.

Prieto (2003), presentó un proyecto orientado al diseño de un modelo de promoción de la salud, desde la perspectiva de la actividad física, dirigido a la comunidad estudiantil que conforma la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Empleó un método de análisis multinivel en tres fases, examinando y documentando las problemáticas de enfermedad y poblacionales presentes en los estudiantes e integró la información sobre estas dos problemáticas; en segundo lugar, identificó las experiencias previas y por último estableció los ejes y estrategias del modelo. Como resultado definió un modelo cuyos principales componentes fueron las redes de participación y apoyo al fomento de la salud y la actividad física, el apoyo y la transformación político normativa y la reorientación académica hacia la formación integral y sus estrategias. El proyecto permitió afianzar una metodología de diseño de modelos en salud, al tiempo que favoreció integrar

desde una perspectiva práctica, las estrategias y enfoques de la promoción de la salud aplicada a la actividad física.

El modelo formulado en este trabajo, plantea caminos para superar la actuación desarticulada y los pobres procesos de participación y decisión en definición de estrategias y acciones de actividad física y autocuidado, que orienten estrategias sobre las expresiones problemáticas de los determinantes identificados (pobreza, inequidad, violencia y educación): menor posibilidad de efectuar actividad física y prácticas de autocuidado y recreación, altos índices de violencia, formación de pandillas, conductas adictivas, desorden en actividad sexual, por inadecuado uso del tiempo libre y bajos niveles de formación en cuidado corporal, deficiente experiencia de ejercitación, desde la formación básica.

Campo et al. (2005), señala que la escala de Zung para depresión (EZ-D) se utiliza con mucha frecuencia en investigaciones en Colombia; sin embargo, no se cuenta con una validación formal en población alguna; por lo tanto se plantea como objetivo validar la EZ-D en mujeres universitarias de Bucaramanga, Colombia. Las estudiantes diligenciaron la EZ-D y posteriormente realizó una entrevista estructurada (SCID-I) para episodio depresivo mayor (EDM) durante el 2003. Entrevistó a 110 universitarias con edad promedio de 22,1 años (DE 3,4). En la EZ-D puntuaron entre 29 y 78

con una media de 49 puntos (DE 11,2), 48 estudiantes (43,6%) presentaban síntomas depresivos con importancia clínica. En la entrevista confirmó que 19 universitarias (17,3%) reunían criterios para un EDM. La prueba de alfa de Cronbach fue 0,85; la sensibilidad de EZ-D para EDM, 94,7% (IC 95%: 90,5-99,7); la especificidad, 67,0% (IC 95%: 56,3-76,3); el valor predictivo positivo, 37,5% (IC 95%: 24,3-52,7); el valor predictivo negativo, 98,4% (IC 95%: 90,2-99,9); la prueba kappa de Cohen, 0,39 (IC 95%: 0,23-0,54); el área bajo la curva, 0,856 (IC 95%: 0,780-0,933), y la correlación test retest fue 0,848 ($p < 0,01$). Concluye que la EZ-D es útil como instrumento de tamizaje, con alta sensibilidad y aceptable especificidad en la identificación de posibles caso de EDM en mujeres universitarias.

Palacio y Martínez (2007), establecieron la relación del Rendimiento Académico (RA) con la salud mental en los estudiantes universitarios de la Simón Bolívar, interés que surge de la problemática regional con respecto al nivel educativo y la necesidad de presentar hipótesis que vayan más allá de las variables económicas. A nivel regional, los resultados bajos de las pruebas SABER, ICFES y ECAES han mostrado la necesidad de explicar lo que ocurre desde la inversión estatal, y las posibles soluciones para esta situación. Por tanto, se realizó un estudio correlacional con 217 universitarios de diferente sexo, seleccionados intencionalmente, quienes respondieron a seis cuestionarios adaptados por Martínez, Tirado y Ochoa (2005),

relacionados con cada variable. Los resultados principales indican que el RA correlaciona negativamente con el estado de ansiedad. Además, se encontraron promedios académicos significativamente más altos en los estudiantes que no han perdido semestre alguno y que cursan todas las asignaturas proyectadas para el mismo semestre. Con el resto de variables de estudio, no se encontraron diferencias significativas.

Londoño (2009), presenta como objetivo de investigación identificar el papel del optimismo y la salud positiva como predictores del nivel de adaptación de jóvenes que ingresan a la universidad. La muestra, estaba conformada por 77 estudiantes de ambos Sexos, con edades entre los 17 y 26 años de edad, corresponde al total de los que ingresaron durante el primer periodo académico de 2005, a la jornada diurna del primer semestre de psicología de una universidad privada. Los instrumentos utilizados son el Test de Orientación Vital LOT, la Escala de Optimismo de Seligman, el Cuestionario de Salud Mental Positiva, la Escala de Satisfacción General, y una ficha de registro de información académica. Todos estos fueron aplicados en dos momentos: el primero, al ingreso de los estudiantes, y el segundo, dos años más tarde. Realizó un análisis multivariado para determinar el nivel predictivo de cada una de las variables y de su interacción sobre la adaptación. Los resultados muestran que el optimismo es determinante no sólo de la

permanencia, sino que además predice la cancelación y repetición de asignaturas, ambas consideradas señales de riesgo para la deserción.

Navarro (2009) presenta un estudio descriptivo de corte cuantitativo, el cual toma como población estudiantes universitarios del área de la salud, que tiene por objetivo describir las características de Salud Mental Positiva con sus 6 factores definidos por la Dra. María Teresa Lluch Canut (Barcelona España, 1999): Satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y habilidades de relaciones personales. Los resultados denotan que los estudiantes presentan indicadores de salud mental positiva, con fuerte presencia de los factores autocontrol y habilidades de relaciones personales, los demás factores se logran evidenciar aunque con menor presencia y se encuentran porcentajes considerablemente bajos para cada uno de los factores lo que sugiere generar estrategias que refuercen la Salud Mental positiva. De igual manera se encuentra que los hombres poseen mayor fortaleza en los factores directamente relacionados con el ámbito social y con el logro de objetivos comunes: Actitud Prosocial y Habilidades de Relación Interpersonal; mientras que las mujeres, presentan mayores fortalezas en los criterios relacionados con el logro de objetivos individuales: Satisfacción Personal, Autocontrol, Autonomía y Resolución de Problemas. Los estudiantes con promedios académicos buenos y excelentes poseen niveles medio altos y altos de autocontrol, autonomía y resolución de

problemas, mientras que Actitud prosocial, habilidades de relaciones personales y satisfacción personal, demostraron estar presentes en los jóvenes indistintamente de su promedio académico, lo que denota que estos factores están influenciados por elementos externos.

En México tenemos los siguientes:

El bienestar subjetivo ha sido estudiado previamente en la población de la ciudad de Hermosillo (México) empleando otros medios de cuantificación, pero identificando variables similares. Vera (2001) reporta que los estudiantes universitarios tienden a evaluar de manera más positiva sus afectos, emociones y satisfacción en la vida que lo que manifiesta una muestra heterogénea proveniente de la misma población.

Aunado a lo anterior, Vera y Tánori (2002), por ejemplo, se identificó que para los estudiantes universitarios la familia, el gobierno y la satisfacción con la vida son las dimensiones con mayor varianza explicada, lo que significa que para ellos son determinantes en su evaluación del bienestar subjetivo. Sin embargo, la satisfacción que brindan dimensiones como la familia y la propia vida son mayores que las que brindan el gobierno, la religión y la economía. De igual modo, la población estudiantil se manifiesta insatisfecha con el gobierno y el desarrollo del país.

Al estudiar a otro grupo de mayor heterogeneidad, Vera y Tánori (2002) encontraron que los sujetos responden con más frecuencia a la afectividad positiva, expresando haber sentido amor, cariño y felicidad constantemente. De igual modo, reportan que aquellos evalúan con mayor intensidad y frecuencia las emociones positivas en la medida que tienen más edad. En la dimensión de satisfacción, los sujetos mostraron mayor inclinación por la familia, lo que representa que la población investigada consideraba las relaciones familiares, la comunicación, la franqueza y la toma de decisiones dentro de la familia como elementos importantes para su satisfacción; los puntajes más bajos, a su vez, fueron lealtad y la ayuda que se brinda a los amigos. En el factor social, la media más alta correspondió a los hombres. Tanto hombres como mujeres se mostraron satisfechos con las relaciones, el apoyo y la ayuda que les proporcionaban a sus amigos.

Vera y Rodríguez (2007), al evaluar estudiantes universitarios, han encontrado que conforme aumentaba su edad manifestaban una mayor satisfacción y frecuencia de afectos positivos. Lo mismo reporta Lu (1995), pero con adultos.

En un estudio de Vera, Laborín, Córdova y Parra (2007) señalan que, en comparación con Brasil, en México las personas de mayor edad poseen un alto bienestar subjetivo. Estos cambios en la manifestación de emociones y

afectos sugieren a los autores que hay un vínculo entre ciertos procesos ontogénicos y el bienestar subjetivo, lo que contrasta con la población brasileña, en la que la percepción del bienestar se relaciona con aspectos sociales; allí, en los adultos las variables de familia y economía puntúan alto, a diferencia de lo que ocurre con los adolescentes o jóvenes, quienes puntúan alto en las relaciones sociales; en contraposición, en México los adultos califican alto en variables como gobierno y economía. Lo anterior concuerda, de alguna manera, con las condiciones de gobierno y economía poco orientadas a satisfacer las necesidades de los jóvenes, motivo por el que se manifiesta un bajo bienestar. En relación con la escolaridad, la población brasileña con estudios de secundaria obtiene puntuaciones más elevadas en la percepción sobre bienestar subjetivo; en términos generales, los individuos con menor escolaridad obtienen puntajes más altos en cuanto a bienestar. Lo contrario se observa en la población de personas con estudios profesionales en México, quienes expresan un mayor bienestar, hallándose en segundo lugar los que solamente cuentan con estudios primarios. La clase media en Paraíba, Brasil, desarrolla un bienestar subjetivo centrado en aspectos colectivos más que la población mexicana, que se orienta a tener una mayor individualidad (Vera y cols., 2007; Vera, Sotelo y Domínguez, 2005).

Heinze, Vargas y Cortes (2008), estudian sobre los síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. El objetivo de este trabajo fue establecer un diagnóstico de la salud mental y los rasgos de personalidad de los estudiantes de medicina que se encuentran en los grupos de alto rendimiento y compararlo con los grupos de alumnos que presentan bajo rendimiento académico durante los dos primeros años de la carrera. En este estudio exploratorio, de tipo transversal, participaron 370 estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM: 220 correspondían a los grupos de alto rendimiento, llamados núcleos de calidad educativa (NUCE), y 150 eran alumnos repetidores.

De entre los resultados que arrojó el estudio, se encontró que para ambos grupos (repetidores y NUCE) más de 85% provenía del Distrito Federal. En el grupo de repetidores predominaron las mujeres (85.3%) y los alumnos procedentes de escuelas públicas (93.6%). En relación con el grupo de alto rendimiento (NUCE), 83.1% procedía de escuelas privadas y sólo 16.9% de escuelas públicas. Los alumnos repetidores mostraron rasgos de personalidad de neuroticismo y de poca apertura en comparación con los grupos de alto rendimiento, quienes mostraron rasgos de mayor apertura y menor neuroticismo, con una $p < 0.01$. En general, los alumnos de los grupos NUCE mostraron rasgos de mayor extroversión, mayor empatía y diligencia en comparación con los repetidores.

La sintomatología psiquiátrica mostró mayor gravedad en el grupo repetidor con respecto al grupo NUCE ($p<0.05$). La sintomatología psiquiátrica que presentaron ambos grupos fue: obsesión–compulsión, depresión y ansiedad. Entre las comparaciones resultaron diferencias significativas en ambos grupos en el total de sintomatologías. También hubo diferencias en las siguientes sintomatologías por orden de importancia: fobia, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, trastorno obsesivo–compulsivo y psicoticismo ($p<0.05$).

Los resultados del estudio presentan coincidencias con lo publicado por la bibliografía; sin embargo, hay diferencias entre ambos grupos de estudiantes. En los alumnos repetidores se observó mayor sintomatología psiquiátrica en comparación con los alumnos de los grupos de alto rendimiento. Por lo anterior, se concluye que los alumnos que presentan menores niveles de logro en la carrera también presentan medias de respuestas mayores en sintomatología psiquiátrica, principalmente en las escalas de somatización, ansiedad, fobia y sensibilidad interpersonal.

En estudios recientes realizados en México se ha demostrado un incremento en la sintomatología psiquiátrica que presentan los estudiantes de medicina, así como los médicos durante su ejercicio profesional. En algunos estudios se señala que estos profesionistas tienen una prevalencia de síntomas

psiquiátricos por arriba de los de la población general. Este fenómeno es una consecuencia de las condiciones propias de la actividad profesional y, en el caso de los alumnos, por situaciones que demandan una mayor exigencia académica, que conlleva a su vez situaciones estresantes que interfieren en su desempeño académico, así como en el desarrollo de habilidades clínicas que pueden repercutir en su relación con los pacientes.

Los síntomas que predominan son la ansiedad, la depresión y el estrés, así como el consumo de sustancias; también se ha incrementado el número de estudiantes con intentos de suicidio. Se observa que la mayoría de estos problemas tipo se presentan en los dos primeros años de la carrera, así como en el año de internado. La depresión se encuentra enmascarada por enojo, en virtud de que ésta representa un enojo internalizado.

Asimismo se ha documentado que existe una relación importante entre la presencia de ciertos rasgos de personalidad y la presencia o ausencia de síntomas mentales, independientemente de las situaciones a las que se expongan las personas. El rasgo que presenta una mayor asociación con la presencia de sintomatología es el neuroticismo, así como también los rasgos de personalidad que influyen con un mejor cumplimiento de logros académicos y una mejor adaptación.

Pérez, Ponce, Hernández y Márquez (2010) señalan que la salud mental y el bienestar psicológico de los estudiantes que recién ingresan a la universidad son esenciales para un óptimo desarrollo en esta etapa de su vida. Este estudio exploratorio se realizó en la región Altos Norte del estado de Jalisco con estudiantes de primer ingreso del Centro Universitario de los Lagos. Un total de 243 estudiantes contestaron los cuestionarios en donde auto reportaron ser individuos sanos, aunque con algunas conductas de riesgo como la falta de deporte o dormir bien. En general, su bienestar psicológico tanto subjetivo como material lo consideran de moderado a alto, reportando puntajes ligeramente más bajos en el bienestar académico; respecto a sus necesidades psicoeducativas expresaron requerir información y orientación sobre el proceso de titulación e incorporación al trabajo y mostraron menos interés en recibir información sobre tutorías y métodos de estudio. Reportaron en su mayoría no tener distrés psicológico.

Banda y Morales (2012) realizaron un estudio sobre la calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. El objetivo fue identificar las variables que brindan calidad de vida subjetiva a los estudiantes universitarios. Se utilizó una muestra de 91 participantes, a quienes se aplicó un cuestionario, cuyos resultados señalan que el factor de calidad de vida subjetiva se encuentra influenciado por variables que registraron la satisfacción en áreas tales como familia, ámbito social, bienestar eco- nómico, desarrollo personal,

autoimagen y actividades recreativas. En el plano valorativo, el índice de sociabilidad y amigos se conformó con el ya antes referido factor. El modelo de calidad de vida identificado se integra por factores personales, familiares y de interacción social y económica con el entorno.

En Argentina tenemos los siguientes:

Albanesi, Tifner y Nasetta (2006), investigaron acerca del síndrome de Burnout en odontólogos y estudiantes de la carrera de odontología. Se tomó una muestra de 82 sujetos de los cuales 42 eran odontólogos y 40 estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo., o estudios. Se encontró que los estudiantes del último año de la carrera presentaron puntuaciones más elevadas en los factores de cansancio emocional y despersonalización, mientras que en los odontólogos se presentó mayor realización personal en su trabajo.

En España tenemos los siguientes:

Alejano et al (1998), realizaron un estudio en la Universidad Autónoma de Madrid,(UAM) utilizando la encuesta de salud mental de estudiantes

universitarios que incluye el Goldberg HGQ-28-plus, compararon el estado de salud mental en estudiantes de 1º y 3º curso de la Facultad de Medicina según sexo y curso, la necesidad de atención psicológica y/o psiquiátrica de los estudiantes antes y durante la carrera y valoraron la posible influencia negativa de las relaciones estudiantes-profesores y de la tensión acumulada en exámenes según su estado mental. Además, valoraron las expectativas de los estudiantes al inicio de la carrera y su grado de cumplimiento, así como, los hábitos personales de consumo de diferentes sustancias. Encontraron que un 45,5% presentan un GHQ-28 positivo, no encontraron diferencias significativas entre las frecuencias para mujeres (47,4%) y hombres (40,8%). Encontraron diferencias significativas entre los cursos de 1º y 3º ($p < 0,01$) con los siguientes porcentajes: el 50,8% de los alumnos de 1º dieron GHQ-28 positivo frente a un 30,4% en 3º.

Al comparar los resultados de GHQ-28 positivos a lo largo de los últimos 5 años, no encontraron diferencias significativas entre los grupos de 1º pero sí en los de 3º. De los estudiantes que NO habían recibido atención psicológica antes de iniciar la carrera, la gran mayoría (91,4%) continúan sin utilizarla, mientras que de aquellos que la habían recibido, un 33% la ha necesitado en algún momento de la carrera. Por otra parte, un 10% de los estudiantes que actualmente no utilizan atención psicológica creen que la necesitan. Los estudiantes cuya relación con los profesores les afecta negativamente en su

calidad de vida presentaron mayoritariamente (73,9%) un GHQ-28 positivo. Este resultado también se obtiene en aquellos a los que más les afecta el periodo de exámenes (56.6%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo subjetivo y real de café (89% frente al 50%), tabaco (83,8 frente a 16,5), alcohol de baja graduación (68 frente al 36,1), alcohol de alta graduación (22,7 frente a 5,3), cannabis (6.6 frente a 2), cocaína (2,9 frente a 0,4), ansiolíticos (58,4 frente a 7,7).

Poveda, et al (2000), realizaron un estudio interdisciplinario ampliado al campo de otras facultades, utilizando para ello el Cuestionario de Salud Mental de estudiantes universitarios Goldberg (HGQ-28) y la Escala de Estresores Universitarios para evaluar el estado de salud mental en estudiantes del 6º curso de Medicina de la UAM, y compararlos con los obtenidos en estudiantes de último curso de las facultades de ingeniería, informática, filosofía y letras. Se evaluó la necesidad objetiva y subjetiva de atención psicológica y/o psiquiátrica en estos grupos y el grado de satisfacción con respecto a su periodo de formación universitaria. También se analizó los factores estresantes de la vida académica y su influencia en estudiantes universitarios. Del mismo modo, se analizaron los hábitos personales y generales de consumo de diferentes sustancias. El tamaño total de la muestra fue de 239 estudiantes, de los cuales 116 cursaban medicina, 63 ingeniería informática y 60 filosofía y letras. Se observó un 14.7% de

resultados positivos en el GHQ-28 demostrándose una proporción significativamente menor ($p<0.01$) respecto a los resultados obtenidos al analizar esta población en años anteriores (GHQ positivos de un 32.2% en alumnos de sexto curso de la UAM en el año 2000. La distribución por sexos atendiendo a la puntuación en el GHQ-28 era de un 11.9% de hombres que presentaban un resultado positivo, frente a un 16.2% de mujeres. No se encontraron diferencias significativas entre sexos. Se analizó el estado de salud mental por separado en los cuatro hospitales docentes de la UAM. Los porcentajes de GHQ-28 positivos observados eran: 7.7% en la Fundación Jiménez Díaz, 11.5% en la Clínica Puerta de Hierro, 16.7% en el Hospital La Paz, y 21.4% en el Hospital Universitario de la Princesa. A pesar de las diferencias observadas no se ha demostrado que éstas fueran estadísticamente significativas.

Igualmente, Poveda y otros (2006), evaluaron el estado de salud mental en estudiantes universitario, señalan que una correcta formación académica de los futuros profesionales requiere un estado óptimo de salud mental, Sin embargo, esta condición no suele cumplirse, una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo, o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones formativas, crea una alta prevalencia de malestar psicológico dentro de la población universitaria. Entre las conclusiones que arrojó la investigación mencionan que los

estresores universitarios que significativamente producen mayor malestar en sujetos con alteración de la salud mental son: Sobrecarga académica. Relación superficial y falta de comunicación entre miembros de la facultad. Compaginar trabajo y estudios, que tiene especial relevancia en estudiantes de Ingeniería Informática y sin embargo no resulta significativo en estudiantes de Medicina.

Moreno y Rodríguez (2010), de la Universidad Politécnica de Madrid, plantean describir el sentido de la vida, la inteligencia emocional (IE) y la salud mental en estudiantes de Psicología y de Ingeniería Aeronáutica, así como analizar las relaciones entre: sentido de la vida e IE; sentido de la vida y salud mental; e IE y salud mental, y si existen diferencias en las variables mencionadas, en las dos carreras. Los instrumentos utilizados son: PIL (Purpose of Life Test), CTI (Inventario de Pensamiento Constructivo, IE) y Cuestionario de Salud General (GHQ-28) y se aplican a 26 estudiantes de Psicología y a 19 de Ingeniería Aeronáutica.

Los resultados reflejan que 1) La media de las puntuaciones del PIL, en la muestra total, son superiores a la media de población general ($p < 0,01$), los valores del GHQ-28 están dentro de los parámetros de la población general, hay diferencias estadísticamente significativas, entre algunas subescalas del CTI en la muestra y población general. 2) Se encuentran asociaciones

estadísticamente significativas, entre algunas subescalas del CTI con los valores obtenidos con el PIL y el GHQ-28. 3) Hay diferencias significativas, entre las dos carreras, en la relación entre algunas subescalas del CTI y del PIL. Entre las conclusiones destacan que: 1) Los estudiantes de la muestra, encuentran más sentido a la vida que la población general y hay algunas diferencias en inteligencia emocional, con los parámetros de la población general. 2) Parece haber relación de la inteligencia emocional con el sentido de la vida y la salud mental. 3) Se encuentran algunas diferencias, en la relación entre variables entre las dos carreras.

En Chile tenemos los siguientes:

Cova, et al (2007) de la Universidad de Concepción, Chile, dimensionan la frecuencia de problemáticas de salud mental en una muestra representativa de estudiantes de la Universidad de Concepción. A través de un muestreo por conglomerado, se evaluaron 632 estudiantes de la mayoría de las Facultades de la Universidad. Se encontró un 23.4% de síndrome ansioso y 16.4% de síndrome depresivo. La presencia de sintomatología ligada al estrés académico fue una de las problemáticas observadas más frecuentes. Se observaron cifras preocupantes relacionadas con el deseo de muerte e ideación suicida. La importancia de fortalecer estrategias tanto a nivel preventivo como clínico que permitan responder de mejor forma a estas

problemáticas es una de las conclusiones que se derivan de estos resultados.

En la Universidad San Sebastián, Chile, Pérez, et al (2011) presentaron un análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). Señalan que el contexto universitario es un ambiente exigente y cambiante para los alumnos que ingresan en él, lo que puede afectar su salud mental y su desempeño en el sistema. Debido a ello, el estudio buscó analizar la salud mental de los alumnos de primer año de una universidad privada de Chile, aproximándose al fenómeno desde la psicología positiva. Para esto, encuestó a 554 alumnos matriculados en el 2009, evaluando tres variables (autoestima, satisfacción con la vida y optimismo), junto con características sociodemográficas y problemas de salud mental. Los resultados muestran una evaluación positiva de sí mismo, su vida y su futuro entre los encuestados, y relaciones entre estas evaluaciones y la edad, establecimiento de origen, religión, depresión y ansiedad en los alumnos. La sistemática relación encontrada entre estas fortalezas de la salud mental y su relación inversa con los problemas más prevalentes en el área subrayan la importancia que estas tres variables pueden tener en la definición de estrategias preventivas y remediales que promuevan el bienestar del alumnado.

En Venezuela tenemos los siguientes:

Guarino, Gavidia, Antor y Caballero (2000) evalúan la relación entre el estrés, la salud mental y los cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. La muestra estuvo conformada por 20 estudiantes del primer año de la Universidad Simón Bolívar (12 hombres, 8 mujeres, edad media =17,20) quienes fueron evaluados al inicio del período académico y en el período de exámenes (7 semanas más tarde) mediante instrumentos de autoinforme para medir variables psicosociales e inmunofenotipaje para los indicadores inmunológicos. Comparando las puntuaciones, se encontró que los niveles de intensidad del estrés, disfunción social, somatización y del porcentaje de células HLA-DR+ aumentaron significativamente durante los exámenes. Paralelamente, se observaron disminuciones significativas en porcentajes y números totales de linfocitos, linfocitos T, células NK, células CD8+ y número de células CD4+. Los análisis de correlación entre las variables psicosociales e inmunológicas en el período de alta demanda académica mostraron relaciones significativas entre la interleukina-1, algunos porcentajes de células inmunológicas y las variables psicosociales. Estos resultados sugieren cambios inmunológicos asociados a mayores niveles de estrés y deterioro de la salud mental.

Vielma (2002), desde una perspectiva socio-psicológica y psicoclínica explora aspectos vinculados con los estilos de crianza de estudiantes

universitarios/as oriundos/as de la región andina venezolana, cursantes de la carrera de Educación en la Universidad de Los Andes, ubicada en la ciudad de Mérida, Venezuela. Se hace referencia a los hallazgos de otros estudios ya culminados que permiten justificar la factibilidad, relevancia teórico-metodológica, utilidad e implicaciones sociales de la presente investigación. Asimismo, se atribuye especial importancia a los procesos de diagnóstico interventivo (Salgado, 1990), que pueden operar favorablemente sobre la salud mental individual y familiar desde el aula de clases a partir del autoanálisis y auto-reflexión, guiadas sobre las propias vivencias y experiencias de aprendizaje suscitadas en la cotidianidad de la vida familiar. Del mismo modo, se presentan las estrategias metodológicas empleadas con este propósito y algunos de los resultados preliminares obtenidos durante la primera y segunda fase de exploración. El estudio y los hallazgos empíricos precedentes se consideran un valioso aporte para el desarrollo de la línea de trabajo sobre Estilos de Crianza y Salud Mental en Venezuela adscrita al Grupo de Investigación sobre la Conciencia Social en Venezuela y América Latina (GICSVAL) y a la línea de trabajo sobre Familia, Identidad, Salud mental y Género adscrita al (GIGESEX), Grupo de Investigación en Género y Sexualidad de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Los Andes.

Feldman y Saputi (2007), presentan como objetivos del trabajo: 1.- Evaluar la cualidad de los roles sociales (recompensas y estresores) en mujeres trabajadoras y su relación con la salud mental y, 2.- Evaluar los efectos moderadores del apoyo social sobre los estresores asociados a los roles familiares y el rol laboral y la salud mental. Las participantes fueron 122 mujeres secretarias u oficinistas con un promedio de edad de 38.9 años. Para medir la Cualidad del Rol se utilizó la versión modificada por Feldman et al. (1995) del cuestionario original de Barnett y Marshall (1989). El apoyo social se midió con la escala de Dunn et al. (1987) y como indicador de salud mental se utilizó la versión de 28- ítems del Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972). Los resultados indicaron que el apoyo social estuvo positivamente relacionado con menores niveles de ansiedad y problemas de salud mental. El apoyo religioso y de la pareja constituyeron las fuentes más importantes de apoyo vinculadas a la salud mental y el bienestar en este grupo. Se encontraron interacciones significativas entre los estresores laborales y de pareja el apoyo de grupos y religioso y la depresión. Los hallazgos indican la importancia del apoyo social y en especial el apoyo de grupos y religioso como factor protector en mujeres con roles múltiples.

Sánchez, Simoes y Brito (2008), realizaron un estudio de carácter descriptivo con el propósito de hacer un diagnóstico de la salud mental y las alteraciones psicosomáticas que presentan los supervisores de taladro de una locación

petrolera. En el estudio intervienen 14 trabajadores, supervisores de taladro. Se analizan los datos clínicos de éstos trabajadores, registrados en las historias médicas, además se les aplica el cuestionario de salud Goldberg y se evalúan aspectos relacionados con la presencia de Ansiedad (Inventario de Ansiedad IDARE: Rasgo- Estado), Fatiga (Prueba de Yoshitake) y Depresión (Escala de Zung). Los resultados arrojaron que, al final de la jornada laboral, el 43 % los supervisores de taladro estudiados, presentaron Fatiga mental; el 50% presentó síntomas de Ansiedad y 43 % Depresión. El análisis integrador de los datos obtenidos, a través de estos instrumentos, evidenció alteraciones en el área de la salud mental que se relacionan con factores de riesgo vinculados a la organización del trabajo.

Feldman, Goncalves, Chacón, Zaragoza, Bagés y De Paulo (2008), evalúan el estrés académico, el apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Trescientos veintiún estudiantes de carreras técnicas en Caracas, Venezuela, diligenciaron, durante el periodo académico de mayor tensión, instrumentos sobre estrés académico, apoyo social y salud mental. Los resultados indican que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. En las mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos, mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas

cercanas, y un menor apoyo en general. Ambos presentaron mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor y el apoyo social de las personas cercanas fue moderado. Los resultados se discuten en función de las implicaciones en la salud mental y el rendimiento académico de los estudiantes universitarios.

Morales (2010), evaluó la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos que tiene el estudiante de la Facultad Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, durante el periodo lectivo 1-2010. Es una investigación de tipo descriptiva. La población objeto de estudio estuvo conformada por 11448 estudiantes de esta Facultad. Se tomó una muestra por el método probabilístico aleatorio simple representado por un 30% de la población para un total de 833 estudiantes. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento validado para tal fin, denominado GHQ28 Goldberg, concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en ámbitos no especializados en psiquiatría. En el análisis de los datos, se utilizó el análisis descriptivo comparativo en relación a tres grupos de estudio para evaluar las diferencias observadas en torno a la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos. Se utilizó el estadístico Chi cuadrado. Por los resultados obtenidos se concluyó que una cuarta parte de los

estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación, objetos de estudio, presentan alteraciones en la salud mental.

Arias (2011), evaluó la sensibilidad emocional en 284 estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, Venezuela. El 19% eran hombres y el 81% mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 34 años, con una media de 20,2 años. El 57,3% estaban entre los 19 y 22 años. La dimensión predominante fue el tipo SIP con un 61%, seguido de DE con un 32% y finalmente un 8% tipo SEN. Tanto en hombres como en mujeres predominó el tipo SIP con un 68,5% y 59,2% respectivamente. En el grupo control, formado por estudiantes de carreras de áreas diferentes a la salud, el predominio fue de la dimensión DE con un 50%. El objetivo general de la tesis es relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica. Para ello se realizó el Cuestionario de Goldberg 28 ítems (GHQ28), observando que el 79,9% de los estudiantes tenían GHQ28 negativos, esto es no son considerados casos con riesgo de alteraciones en su salud mental. El 19,1% resultaron con GHQ28 positivo, esto es podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de su salud mental.

La autora concluye que las personas con sensibilidad emocional tipo SIP podrían orientarse a seleccionar carreras que les permitan ayudar a otros.

Además, la los estudiantes tipo SEN y las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer alteraciones de la salud mental. Los estudiantes tipo SIP y DE están más conscientes de necesitar ayuda psicoterapéutica, cuando esta es requerida. Entre sus recomendaciones señala dar información masiva sobre la salud mental a los estudiantes de Bioanálisis, pues pareciera que no tienen información suficiente para determinar cuándo podrían requerir ayuda. Además, dirigir acciones para diagnosticar las causas del mayor riesgo de padecer alteraciones de salud mental en las mujeres y brindarles la atención y ayuda necesarias.

Pereira (2011), presentó como objetivo en su investigación valorar el perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes (ULA) en situaciones de baja y alta exigencia académica. El estudio llevado a cabo es de tipo analítico cuantitativo, de corte longitudinal, de campo y fuentes vivas. La muestra está compuesta por 288 estudiantes: 108 correspondientes a los cursos de primero y tercero año, baja exigencia (BE) para la primera aplicación de los instrumentos de evaluación utilizados: La encuesta sobre el estudio de salud mental de Pastor y Aldeguer, que incluye el test de Goldberg (GHQ-28 plus); y la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino. La segunda aplicación la muestra fue de 80 sujetos de los cursos segundo y cuarto año, alta exigencia (AE). Los resultados obtenidos demuestran que el 22,7% fueron

considerados positivos ya que puntuaron GHQ-28 >5, los valores ascienden a medida que se avanza en la carrera de forma significativa. Con respecto a los valores obtenidos con la escala de sensibilidad emocional se evidencia que en los años de la carrera predomina la dimensión sensibilidad interpersonal positiva (SIP) con unos valores de 76,7% en BE; y de un 90% en AE, tanto la dimensión Distanciamiento Emocional (DE) y la Sensibilidad Emocional Negativa (SEN) muestran valores bajos. Se confirma la hipótesis de que los estudiantes incrementan sus alteraciones de salud mental, en momentos de BE y AE, y reafirma los beneficios del Programa de Atención Integral al estudiante de odontología, dotándolos de las herramientas para manejar el estrés, fortalecer las emociones en forma positiva y mantener un equilibrio a lo largo de su carrera. Al analizarlos con el modelo integral de Wilber encuentra que los hallazgos no sólo son producto de los factores académicos sino que también se ven influenciados por factores internos de la FAOULA, locales, cultura organizacional y los factores externos, sociales, políticos y culturales relacionados con la situación del país.

II.2 BASES LEGALES

El soporte legal del Programa de Salud Mental comprende los siguientes ordenamientos normativos aplicables:

Los derechos establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), entre ellos los de cooperación, solidaridad y corresponsabilidad, definen el rol del Estado como garante de los derechos sociales y pautan un conjunto de derechos sociales que son competencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

Estos derechos se refieren a:

- la protección a las familias (Art. 75)
- la protección de la maternidad, paternidad y los derechos sexuales reproductivos incluyendo información, educación y servicios, (Art. 76)
- igualdad de derechos y deberes en el matrimonio y uniones de hecho, (Art. 77)
- la ciudadanía de niños, niñas y adolescentes (Art. 78)
- la participación de los jóvenes en el desarrollo (Art. 79)
- la salud como parte del derecho a la vida (Art. 83)
- un Sistema Público Nacional de Salud intersectorial que priorizará la promoción de la salud y la prevención (Art. 84)
- Financiamiento estatal del Sistema Público Nacional de Salud (Art. 85)
- a la educación integral (Art. 103),
- la obligación de los medios de comunicación social a contribuir a la formación ciudadana (Art. 108).

Este conjunto de derechos toca aspectos que deben ser abordados desde un enfoque integral, que no sólo responda a problemas fundamentales como: la necesidad de fortalecer la salud, políticas de familia, de protección a la maternidad y paternidad, de información y comunicación preventiva, de acceso a servicios confiables y de calidad, dirigidos a todas las personas en cualquier etapa de su ciclo vital. Para materializar este propósito es imperativo construir una oferta de planes, programas, proyectos y servicios que respondan a las necesidades y demandas de la población usuaria.

En la definición de un nuevo modo de construir las políticas públicas, específicamente de la política social, el MSDS cumpliendo con su misión política e institucional, formula el Plan Estratégico Social (PES 2001-2007) como un instrumento estratégico que orienta y organiza la política social hacia una nueva valoración y direccionalidad basado en principios fundamentales de derechos y justicia social de todas y todos. Busca dar viabilidad y capacidad de gobierno para hacer posible los cambios planteados en los principios y disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social en su eje de Equilibrio Social.

Para orientar los cambios de la nueva política social, el PES establece cuatro directrices estratégicas dentro de las funciones de gobierno:

I. Orientar la función pública hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, haciendo valer una nueva condición de ciudadanía donde estas necesidades sean conquistadas como derechos universales, combatiendo el déficit de atención e impactando en la reducción de las brechas de inequidad social entre grupos humanos y territorios.

II. Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud como eje central... de políticas, acciones y servicios... en el marco de agendas y esfuerzos colectivos... contruidos alrededor de metas y resultados en territorios sociales concretos, que preserven la autonomía y generen el empoderamiento social de individuos y colectividades como seres humanos y ciudadanos [y ciudadanas] en todas las esferas de la vida y a lo largo de ella.

III. Reorientar el modo de atención hacia las necesidades sociales entendidas como derechos, mediante la estructuración de respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, conformadas en redes públicas y sociales de calidad de vida y salud dentro de los ámbitos nacional, estatal, municipal [y local] que actúen como espacios de gestión... de políticas y acciones en territorios sociales y como espacios para el ejercicio político y social entre... actores...[públicos] y comunidades organizadas.

IV. Construir una nueva institucionalidad publica que responda al interés colectivo con capacidad de rectoría, conducción y liderazgo dentro de una

estructura intergubernamental, descentralizada participativa de la gestión de gobierno y las políticas de Estado, comprometida con el alcance de metas sociales para la elevación de los niveles de calidad de vida del pueblo venezolano convertidas en marcadores del desarrollo económico y social del país.

En coherencia con el marco constitucional vigente y los principios, lineamientos y objetivos del Eje Equilibrio Social del Plan Nacional de Desarrollo Social, se requiere cambios no solo en las políticas públicas y muy específicamente en las políticas de salud, sino también en el marco legislativo que rige esta materia. Así, el MSDS emprende el compromiso de promover la discusión y criterios sobre una nueva direccionalidad de la gestión pública en salud, formulando el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002) cuyo objeto se establece en su Art. 1, a saber:

...garantizar el derecho a la salud a todas las personas, consagrado constitucionalmente como derecho social fundamental y parte del derecho a la vida; en un marco de Estado democrático, descentralizado, participativo y social de derecho y de justicia que propugna como valores superiores la vida, la libertad, la igualdad, la solidaridad y la responsabilidad individual y social. Esta Ley rige sobre las políticas, servicios y acciones de salud y de interés para la salud en todo el territorio nacional, ejecuta en forma particular o conjuntamente, de carácter permanente o eventual, por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, así como establece los principios, objetivos, funciones y organización del Sistema Público Nacional de Salud...

De igual manera, en las líneas generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación Simón Bolívar 2007-2013, se plantea en el marco de la Suprema Felicidad Social:

Como objetivos:

- Fortalecer las capacidades básicas para el trabajo productivo,
- Promover una ética, cultura y educación liberadora y solidaria.

Como estrategias:

- Profundizar la universalización de la educación Bolivariana.
- Masificar una cultura que fortalezca la identidad nacional, latinoamericana y caribeña.

Como políticas:

- Garantizar los accesos al conocimiento para universalizar la educación Superior con pertinencia.
- Promover el potencial socio-cultural y económico de las diferentes manifestaciones del arte

Asimismo, dentro del Modelo Productivo Socialista, define como objetivo: Fomentar la ciencia y la tecnología al servicio del desarrollo nacional y reducir diferencias en el acceso al conocimiento; como estrategia: Rediseñar

y estructurar el sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación, y como política: Generar vínculos entre los investigadores universitarios y las unidades de investigación de las empresas productivas.

II.3 SALUD MENTAL (SM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: ...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2001). Las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la SM es una parte integral de la salud, la SM es más que ausencia de enfermedad y la SM está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta.

De igual manera, la OMS describe la salud mental (SM) como: "...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS 2001a).

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto medular de SM es consistente con su interpretación amplia y variada en las diferentes culturas (OMS 2004). Es mucho más que la ausencia de

enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tiene valor por sí mismas.

La SM y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores socioeconómicos y ambientales; de interacción social, psicológica y biológica, de la misma manera que lo están la salud y la enfermedad en general. La evidencia más clara de esto se relaciona con el riesgo de las enfermedades mentales, las cuales, en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación y, en algunos estudios, con malas condiciones habitacionales y bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, discriminación de género, estilos de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos. (OMS 2004).

Si no se cuenta con un ambiente que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos, es muy difícil mantener un alto nivel de SM. Los vínculos intersectoriales son clave para la promoción de la SM. La SM es un asunto de todos (OMS 2004).

En el 2003, George Vaillant en los EUA comento que la SM es demasiado importante para ser pasada por alto. La SM necesita ser definida. Según señala Vaillant (2003), ésta es una tarea compleja. “salud mental promedio” no es lo mismo que “saludable”, ya que promedio siempre incluye mezclar

con el termino saludable la cantidad prevalente de psicopatología. Lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico. También se debe aclarar si se está analizando la condición o la característica- ¿es saludable o no un atleta que está temporalmente discapacitado debido a un tobillo fracturado o la persona asintomática con una historia de trastorno afectivo bipolar? También existe el “doble peligro de contaminación por los valores” (Vaillant (2003).

La definición de SM dada por una cultura puede ser propia de la región e incluso, si la SM es “buena”, ¿para qué es buena? ¿Para la propia persona o la sociedad? ¿Para encajar en el entorno o para ser creativo? ¿Para la felicidad o para la supervivencia? Aun así Vaillant propugna que debe prevalecer el sentido común y que ciertos elementos tienen una importancia universal para la SM: de la misma forma en que cada cultura difiere de su dieta, la importancia de las vitaminas y los cuatro grupos básicos es universal.

Bognar (2005) puntualiza la necesidad de estudiar la calidad de vida desde la perspectiva subjetiva, que surge cuando las necesidades primarias han quedado satisfechas y se puede identificar el estilo de vida, caracterizado por las condiciones en que se encuentra el individuo, como las características y lugar en el que se ubica la vivienda, el grado educativo alcanzado, la

seguridad social, la forma en que se invierte el tiempo libre, las relaciones que se establecen con la familia de origen y con la familia constituida por iniciativa propia, y las relaciones con la pareja, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Asimismo, la calidad de vida subjetiva se refleja en el reconocimiento, posicionamiento y aceptación que el individuo experimenta dentro de su ámbito laboral o profesional (Bognar, 2005; Palomar, 2000).

Para Orwig y Fimmen (2005), una medida de la calidad de vida subjetiva es la sensación de bienestar y la satisfacción general. Diener (1984), Diener y Larsen (1993), Biswas-Diener y Diener (2001) y Diener y cols. (2003) refieren que los componentes del bienestar subjetivo son la satisfacción en la vida, la felicidad, el balance de los afectos y la evaluación de las emociones (cfr. también Vera, 2001). Para estos autores, los individuos evalúan sus vidas, y dichas evaluaciones incluyen las reacciones emocionales hacia ciertos eventos, como el estado de humor, juicio o manera de satisfacer la vida en las áreas laboral o matrimonial, por citar algunos ejemplos.

El estatus de SM está asociado con la conducta en todas las etapas de la vida. Sin SM no hay salud. Un conjunto de evidencias indica que los factores sociales asociados con los problemas mentales también están relacionados con el consumo de alcohol y drogas, delitos y deserción escolar. La ausencia de los determinantes de la salud y la presencia de factores perjudiciales,

también parecen ejercer un papel predominante en otras conductas de riesgo, tales como la práctica de sexo no seguro, trauma de carretera e inactividad física.

Además existen interacciones complejas entre estos determinantes, las conductas y la SM. Por ejemplo, una falta de empleo significativo podrá estar asociado con depresión y consumo de alcohol y drogas. Esto a su vez podrá resultar en trauma de carretera, cuyas consecuencias son discapacidad física y pérdida de empleo (Walker, Moodie y Herman 2004).

Kleinman (1999) describe la agrupación de los problemas mentales y sociales de la salud en “comunidades destruidas” que viven en tugurios y barrios bajos y entre las poblaciones migratorias vulnerables y marginales: grupos y combinaciones de violencia, suicidio, abuso de sustancias, depresión y trastorno de estrés postraumático.

El autor anterior señalado recomienda que se establezcan programas de investigación así como políticas y programas “que puedan prevenir la inmensa carga que la enfermedad mental impone sobre la salud de las sociedades y que es el resultado de la variedad de formas de violencia social en nuestra era” (p. 99). El corolario es la necesidad para el desarrollo y la evaluación de programas que, por una parte, controlen y reduzcan dichos

grupos de problemas y, por otra parte, ayuden a las personas y las familias a afrontar estas circunstancias.

Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay

grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le acuerda a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención. No obstante, en las definiciones anteriores, se puede observar cómo el término se asocia con cuatro concepciones de la salud mental: a) como ausencia de síntomas disfuncionales, b) como bienestar físico y emocional, c) como calidad de vida y d) como presencia de atributos individuales positivos (Escobar y Cova, 1997). De acuerdo con esto y con los intereses de la investigación, se puede hablar de diferentes dimensiones de la salud mental, las cuales se distribuyen en un continuo que va desde síntomas que indicarían la ausencia de salud mental hasta comportamientos que evidencian la presencia de la misma. Así, podemos hablar, por un lado, de

síntomas de depresión, agresión y ansiedad y, por el otro lado, de manifestaciones de comportamiento adaptativo como la planificación y el altruismo (Palacio y Sabatier, 2002).

Síntomas Somáticos

Los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente.

Los síntomas somáticos sin causa orgánica incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados. Algunos grupos de síntomas constituyen síndromes funcionales que coexisten, a menudo, en los mismos pacientes y se suceden a lo largo de su vida (Galán, Blanco y Pérez, 2000).

Los diagnósticos funcionales se solapan unos con otros y también con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión (Nimnuan, et al, 2001). El solapamiento puede depender, entre otros factores, tanto de que se apliquen clasificaciones nosológicas basadas en criterios para trastornos

orgánicos que no se pueden objetivar en estos síntomas y síndromes, como de la consecuente interpretación subjetiva de los médicos.

Según Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet (2006), los pacientes con trastornos somatomorfos son diagnosticados por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés. Somático viene de una palabra griega, “soma”, que significa cuerpo. Los síntomas somáticos son aquéllos que se aprecian en el cuerpo. Un dolor de cabeza, una taquicardia, un vómito o un mareo, por ejemplo.

Los estudios de Nimnuan (2001), comprueban que pacientes con grupos similares de síntomas son diagnosticados de unos u otros síndromes funcionales dependiendo del especialista al que acudan: fibromialgia si acuden al reumatólogo; fatiga crónica si acuden al neurólogo y colon irritable si se trata del digestólogo. Cada especialista toma en consideración los síntomas que le son familiares y dejan fuera del diagnóstico una media de 8 síntomas que no encajan en su especialidad.

Ansiedad e Insomnio

El insomnio es un desorden del sueño que es causado generalmente por la tensión en cualquier área de la vida, sea como personal o profesional, marital o financiero, por ejemplo; puede también ser el resultado de medicaciones administradas para combatir otra condición médica existente que se puede estar experimentando además de la ansiedad.

Según Palmero (1994), los síntomas del insomnio incluyen el tener problemas para dormir y permanecer dormido durante un largo periodo de tiempo; el sueño interrumpido y el despertar en las primeras horas de la mañana y tener dificultades para volver a dormir. La ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro. Cuando no se obtiene el descanso necesario para la mente, entonces el cerebro no piensa claramente y sin embargo sigue intentándolo; en este proceso se puede sufrir ataques tanto de ansiedad como de pánico. La ansiedad y el insomnio a menudo se experimentan juntos por esta razón.

En ocasiones, tanto la conciliación y mantenimiento del sueño, como la calidad de éste y la ausencia de fenómenos que lo perturben, se convierte en una empresa de difícil conclusión, habida cuenta de los múltiples eventos que pueden perjudicarlo. Y es que el sueño, motivo básico por lo imprescindible, necesario para el buen orden de tan gran número de

funciones tanto psicológicas como orgánicas, se ve afectado y aun disminuido, cuando no alterado, por la presencia de numerosas manifestaciones de diversa índole.

Es evidente que las reacciones emocionales, en cuanto a la experiencia que afecta al individuo en un tan amplio espectro de su existencia, van a influir y condicionar el dormir en sus más amplias manifestaciones. De entre todas ellas, la ansiedad posiblemente sea una de las más perturbadoras, tanto para conseguir dormir, como para mantener un sueño reparador.

A la difícil relación entre ansiedad y sueño se va a referir especialmente, si bien debemos hacer constar sobre la inconveniencia, por inviable, de desligar absolutamente las reacciones de ansiedad de otras experiencias afectivas como depresión por ejemplo. El mismo proceso sucede al revés cuando se está sufriendo de ataques de ansiedad y por esa razón se podrá experimentar problemas en el patrón del sueño, lo cual causará el insomnio. Por lo tanto, tratar uno de los dos desórdenes generalmente resolverá el otro con el mismo proceso.

En el estado de ánimo de los seres humanos pueden incidir muchas circunstancias que lo desequilibran, generando ansiedad y hasta depresión. Si bien, cada una de estas se consideran categorías diferentes, suelen estar íntimamente relacionadas, ya que, al intentar solucionar un problema, el

esfuerzo realizado puede generar ansiedad, la cual puede incrementarse frente a continuos intentos fallidos, dando lugar a la depresión. Esta situación puede ser común en un contexto educativo de alta exigencia o cuando los estudiantes no pueden llevar a cabo sus compromisos académicos por falta de recursos u otro tipo de elementos.

La ansiedad, por tanto, es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazadoras. El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. La atención se centra en la situación amenazadora, excluyendo otros asuntos. Pueden sumarse cambios como consecuencia del aumento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea. Estos cambios son las respuestas normales ante las situaciones peligrosas.

Por otro lado, Ellis (1990) diferencia entre a) Ansiedad perturbadora o tensión emocional, que se siente ante la incomodidad o la amenaza, ante la creencia por parte del afectado, de que debe o tiene que conseguir lo que quiere y que un determinado evento es horroroso y catastrófico, y b) Ansiedad del yo o tensión emocional, que aparece cuando alguien siente que su yo o valía personal está amenazada, que debe o tiene que hacer bien las cosas y/o ser aprobado por otros y que resulta horroroso y catastrófico no hacer bien las

cosas y/o no ser aprobado, acompañándose este problema de sentimientos de vergüenza, culpa e incapacidad.

Disfunción Social

Una disfunción es el desarreglo o alteración en el funcionamiento de un sistema u organismo predeterminado en una o más operaciones que le correspondan. Este término se emplea en diversos campos de estudio que lo vinculan a esta noción pero en todos los casos implica un grado de anormalidad en el cumplimiento de una expectativa, en ocasiones técnica o científica, y en ocasiones social o psicológica.

Para la ciencia, por ejemplo, una disfunción es una alteración más o menos predecible en un sistema dado. Existen múltiples tipos de disfunciones, algunas asociadas con disciplinas tecnológicas, otras científicas y, específicamente, de salud. Las comúnmente conocidas “disfunciones sexuales” son enfermedades, patologías o dificultades que intervienen durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo), conllevando una alteración de la actividad sexual normal. Una de las más conocidas disfunciones de este tipo es la eréctil, que afecta el correcto funcionamiento del miembro viril masculino y que puede estar ligada a múltiples causas, incluso psicológicas.

Por otra parte, en las ciencias sociales y, más precisamente, la psicología, una disfunción es una anormalidad. Para esta ciencia el criterio respecto de qué es anormal varía y depende, por ejemplo, de cuestiones morales, de la capacidad del objeto de estudio en cuestión de generar un desorden o alteración en el sistema establecido, de la desviación de las normas sociales, de la infrecuencia con que ocurre dicha disfunción. Los análisis de estas distintas variables pueden llevar al profesional de esta área a determinar, por ejemplo, si el paciente presenta algún tipo de enfermedad mental. En ocasiones se habla de “grupos disfuncionales”, por ejemplo, cuando una familia en su conjunto adopta conductas consideradas anormales que influyen unas con otras para generar un entorno de desequilibrio.

Para la sociología, por otro lado, la disfunción puede estar dada por todos los múltiples factores que en una sociedad pueden contribuir a la ruptura del orden institucional. Una disfunción social es la irrupción de actores que atentan contra el sistema o elementos que el sistema no ha contemplado debidamente y que, en consecuencia, afectan el correcto funcionamiento de éste.

La disfunción social persistente suele crear algunos síntomas tales como: angustia, ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima y, somatización.

A pesar de los acercamientos clínicos no ha sido posible establecer modelos característicos ni antecedentes específicos que ayuden en el diagnóstico de los pacientes. No hay estudios psicológicos, laboratorios o gabinetes que permitan apoyar este diagnóstico

Depresión Grave

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta física y anímicamente y se refleja en la manera de pensar. Puede también afectar o interrumpir la alimentación o el sueño. No es lo mismo que sentir tristeza o estar "decaído", ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un trastorno que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "controlarse" y reponerse. Con frecuencia el tratamiento es necesario y, muchas veces, es decisivo para la recuperación.

Existen tres tipos de depresión: Las depresiones pueden clasificarse en tres grupos principales; depresión grave (depresión clínica); trastorno bipolar (síndrome maniaco depresivo); y trastorno distímico (distimia).

Para Beck (1988), la depresión es el resultado de opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro, que distorsionan la realidad y producen en el individuo una imagen negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; no está claro, sin embargo, si estas opiniones son causa o consecuencia del

problema. La sintomatología depresiva puede ser muy variada, presentar una evolución diferente —episódica o continua—, o manifestar una intensidad gradual, que puede ir de leve a grave. Además, puede presentarse en diferentes esferas de la vida de una persona, así: estado de ánimo, motivación y conducta, cognición, aspecto físico y relaciones interpersonales.

La depresión grave, denominada también depresión clínica o unipolar, es un tipo de trastorno afectivo (llamado también trastorno del estado de ánimo) que supera los altibajos cotidianos, y que se ha convertido no sólo en un trastorno médico serio sino también en un motivo importante de preocupación de la salud. El Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH, 2002), que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH) informa que: “Las investigaciones indican que la aparición de la depresión ocurre actualmente a una edad más temprana que en las últimas décadas” (p. 34).

La depresión de aparición temprana suele persistir, volver a presentarse o continuar en la edad adulta. La depresión en la juventud puede ser también un indicio de una enfermedad más grave en la edad adulta. Hay un aumento en la incidencia de la depresión en los niños cuyos padres sufren depresión.

II.4 SALUD MENTAL POSITIVA (SMP)

Cuando a las personas se les pregunta qué es salud, la respuesta que más se repite, sin lugar a dudas es “ausencia de enfermedad”. La salud es percibida por muchísimas personas como la oportunidad de poder vivir sin preocuparnos sobre las cuestiones de dolor, tristeza, padecimientos; el no tener que ir al doctor ni por estar tomando medicamentos de manera constante y prolongado.

Así es como es percibida la salud. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la salud es más que eso, aún cuando dicha ausencia de enfermedad es una parte integrante del concepto de salud, hay que recalcar que no conceptualiza a la salud en su manera total, ya que la salud también engloba aspectos psicológicos, social, conductuales, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Ya desde que la OMS empiece a percibir a la salud como un aspecto global, abre una brecha para poder atender en sus diferentes aspectos la salud que envuelve al ser humano.

La Dra. Catherine Le Galés-Camus Sub Directora General de Enfermedades no Transmisibles de la OMS afirma: “...no solamente la ausencia de

enfermedad o dolencia. ...que todas las personas logren el mejor nivel de salud posible. ...fomentar actividades en el campo de la salud mental, especialmente aquellos que viven en armonía con las relaciones humanas”. (OMS, 2004, p. 67).

Estos objetivos y funciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son el núcleo de nuestro interés para la promoción de la SMP. Los profesionales de la salud, los planificadores de la salud y los hacedores de las políticas de la salud, con frecuencia están más preocupados con los problemas inmediatos de las personas que tienen una enfermedad que no les permite prestar atención a aquellas personas que están “bien”. La revisión bibliográfica nos permite afirmar que en el espacio de la SM prevalece el patrón de la enfermedad (Jahoda, 1958; Sánchez, 1991; Caplan, 1993; Baca, 1995; De la Fuente, 1995; García et al., 1998; Avia y Vázquez, 1998; Lluch, 1999; Lluch, 2002; Reynaga, 2009).

De ahí es que algunos científicos empiezan a interesarse en la Salud Mental Positiva (SMP). Marie Jahoda es una de las primeras referencias dentro de psicología al momento de hablar sobre este tema, fue una de las primeras intelectuales que abordaron la SMP, al presentar la teoría más consistente desde el terreno de la salud mental, en términos positivos (Jahoda, 1958). El modelo de Jahoda constituye un punto de referencia importante para todos

los teóricos que consideran la salud mental como algo más que ausencia de enfermedad. Es aún hoy el documento y síntesis más informativa y completa sobre el tema. Es quizás el texto que más influencia a tenido sobre el resto de los autores y aún hoy día sigue considerándose como la más completa revisión del concepto positivo de salud mental (Sánchez, 1991; Lluch, 1999; Reynaga, 2009).

Jahoda (citada por Lluch, 1999), proporciona seis criterios generales para evaluar la SMP: 1. Identificar las actitudes hacia sí mismo (cómo se ve la persona a sí misma); 2. Si se tiene una dirección de crecimiento y autoactualización (crecimiento y desarrollo hacia fines superiores); 3. Si se observa una integración entre el equilibrio psíquico, la filosofía personal sobre la vida y la resistencia al estrés; 4. Si se es autónomo (discriminación consciente de los factores ambientales que la persona desea admitir o rechazar); 5. Si se tiene una adecuada percepción de la realidad; 6. Si se tiene un dominio del entorno o en la adaptación al ambiente.

Cada uno de esos criterios representa un aspecto de la SMP, desde la perspectiva de Jahoda:

Actitudes hacia ti mismo. Este concepto hace referencia a la importancia de la autopercepción y el autoconcepto que se produce con el diario actuar. Si se consolida una concepción propia basada en las habilidades, pasando por

aquellos aspectos a mejorar (defectos), se puede tener una visión real sobre sí mismos y sobre las capacidades con las que se cuenta para afrontar cualquier situación problemática. Este criterio se refiere a los diversos aspectos del autoconcepto, acentuando la importancia de la autopercepción, es decir como se ve la persona a sí misma, involucrando aspectos tales como la autoaceptación y la autoconfianza.

Para Navarro (2009), las actitudes hacia sí mismo, se describen con términos tales como autoaceptación, autoconfianza y/o autodependencia. Estos conceptos tienen muchos puntos en común, pero también tienen matizaciones propias que los diferencian. Así, la autoaceptación implica que la persona ha aprendido a vivir consigo misma, aceptando sus propias limitaciones y posibilidades. La autoconfianza engloba la autoestima y el autorespeto e implica que la persona se considera a sí misma buena, fuerte y capaz. Por último, la autodependencia, incluye el concepto de autoconfianza pero enfatiza la independencia de los demás y la propia iniciativa, reforzando la idea de que uno depende fundamentalmente de sí mismo y de sus propios criterios.

Ante esto, en la vida surgen interrogantes como: ¿Cuáles son nuestras habilidades y virtudes? ¿Qué aspectos de mi vida aún tengo que mejorar? ¿Realmente soy objetivo al describirme a mí mismo o considero que tengo

más habilidades de las reales? ¿Me he llamado inútil, tonto? ¿Considero que soy ineficiente y que nunca cambiaré?. En su momento, Jahoda (1958), señalaba que estas ideas, así como algunas otras, nos ayudan a tener una actitud hacia nosotros mismo y a crearnos un autoconcepto de nuestra persona.

Crecimiento y autoactualización. Este criterio hace alusión a mantener una dirección de crecimiento y desarrollo hacia fines superiores, abarcando los proyectos a largo plazo y objetivos de vida, (motivación), involucrándose de forma dinámica en las diferentes actividades de su propia vida, como en la de los demás (implicación en la vida) para llegar a alcanzar los logros propuestos y poder demostrarlos en un alto grado su desarrollo. Desde este criterio Fromm (1941, citado en Jahoda, 1958) afirma que: “hay solamente un significado para la vida: el acto de vivir en sí mismo”. En este criterio se plantean interrogantes como: ¿Hacia dónde vamos? ¿Cuál es nuestro objetivo en la vida? ¿Qué es lo más importante para nosotros? ¿Estoy dispuesto a aprender o me estancando pensando que no vale la pena? Algunas de estas preguntas pueden ayudarnos a entender este concepto que habla a lo que hacemos con nuestra vida y si respondemos a la “misión” que a cada uno nos toca, que puede ir desde el más pequeño acto (pero no por eso menos importante), hasta actos globales en beneficio nuestro y de todos.

Integración. Este toma cualidades del autoconcepto y auto- actualización. Se refiere a la relación de todos los procesos y atributos en un individuo. La coherencia de la personalidad, refiere a cómo la unidad o continuidad de una persona, es un supuesto axiomático en el pensamiento psíquico. Este criterio es abordado desde una de las tres perspectivas siguientes: el Equilibrio Psíquico: que indica un equilibrio entre las instancias psicológicas del ello, el yo y el superyo o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes. La Filosofía Personal sobre la vida: que hace mención a que la filosofía de la vida dirige y da significado al comportamiento y el crecimiento personal. Desde esta perspectiva, se resalta el modo particular de afrontar las situaciones estresantes de la vida, y las estrategias empleadas en dichas situaciones (Navarro, 2009). Hace referencia a la capacidad de poder incluir en nuestra vida todas aquellas experiencias que nos suceden, tanto positivas como negativas; así como la capacidad para poder aceptar en integridad. ¿Cómo soy? ¿Quién soy? ¿Aquella experiencia, sea positiva o negativa, me ayudó a mi crecimiento personal? Estas pueden ser preguntas que nos ayuden a darnos cuenta si somos capaces de integrar cada aspecto de nuestra vida y de nosotros mismos en nuestra percepción.

Autonomía. Este criterio expone la relación de la persona con el mundo (con el ambiente). La autonomía se refiere a una discriminación consciente, por parte de la persona, de los factores ambientales que desea admitir o

rechazar. Una persona autónoma, no depende esencialmente del mundo y de los demás. Según Navarro (2009), este criterio involucra dos aspectos fundamentales: la Naturaleza del proceso de tomar la decisión de acuerdo con estándares internalizados, es decir el grado con el cual está autoridigido y autocontrolado en sus acciones; la confianza en sí mismo, el grado de autorespeto y la capacidad para reconocer amenazas reales para sí mismo y para movilizar defensas reales cuando se sienta vulnerado. ¿Las decisiones que tomo provienen de mi propia libertad? ¿Soy responsable con mis elecciones? ¿O acaso siempre hay alguien que elige por mí? ¿Prefiero la comodidad de justificar mis acciones responsabilizando a las circunstancias o a otras personas? Autonomía nos habla en cómo nos relacionamos con el mundo que nos rodea y con nuestros semejantes, y cómo nuestras decisiones no sólo nos incluyen a nosotros, sino a todos los demás, evitando afectar a los demás y siendo responsable de nuestros actos y de las consecuencias que estas traen, en este sentido Maslow (1945, citado en Jahoda, 1958), señala que las personas autónomas no son dependientes de sus principales satisfacciones en el mundo real, o con otras personas o culturas (satisfacciones extrínsecas) sino que son dependientes de su propio desarrollo, de sus propias potencialidades, crecimiento continuo y recursos latentes. Esta independencia del ambiente significa una relativa estabilidad para encarar los duros golpes, choques, privaciones, frustraciones. Estas

pueden mantener una relativa serenidad y felicidad en medio de las circunstancias que llevarían a otras personas al suicidio.

Percepción de la realidad. Este criterio implica nuestra capacidad para percibir adecuadamente la realidad, es decir, poder darnos cuenta de las circunstancias de manera objetiva evitando en lo posible hacer juicios e inmiscuyendo lo que creemos sobre el mundo. Una adecuada percepción de la realidad nos dará herramientas para saber la manera más eficiente de resolver alguna problemática; por el contrario, una percepción errónea, únicamente nos creará tensiones.

Dominio del entorno. Este criterio abarca el manejo o el desenvolvimiento en la realidad, haciendo énfasis tanto en el logro o el resultado (éxito) y en el proceso que enfatiza en la adaptación. Este dominio del entorno involucra los siguientes aspectos: satisfacción sexual; adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre; adecuación en las relaciones interpersonales; habilidad para satisfacer las demandas del entorno; adaptación y ajuste y finalmente resolución de problemas. Surgen preguntas como: ¿Logro adaptarme rápidamente ante las situaciones cambiantes de la vida? ¿Sé cuál es la mejor manera de resolver los problemas? ¿O por el contrario me complico al querer afrontar una situación problemática?.

Este aspecto, está vinculado a dos temas fundamentales como son el éxito (que hace énfasis en el logro y alcanzar los resultados) y en la adaptación (que hace referencia al proceso para llegar a la meta). Siguiendo a Jahoda (1958), Lluch (1999), retoma el concepto y “proporciona algunas directrices para orientar “el diagnóstico” de la Salud Mental Positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales” (p. 48),

Cada uno de estos criterios propuestos por Jahoda, nos hablan sobre aspectos de la SMP. Desde la idea original de ella, si logramos mantener un equilibrio en cada uno de estos aspectos, encontraremos un bienestar que no se verá mermado con facilidad.

Por otro lado, Viktor Frankl revoluciona la concepción de la felicidad, y por ende, de la SMP al afirmar: “yo diría que lo que el hombre quiere realmente no es, al fin y al cabo, la felicidad en sí, sino un motivo para ser feliz. En cuanto lo encuentra, la felicidad y el placer surgen por sí mismos”. Desde esta nueva visión, la SMP se presentaría en el momento que somos capaces de encontrar un motivo que nos permite afrontar “con la cara en alto”, cualquier situación (por difícil que esta sea), y dejando de aferrarnos a la idea de buscar la felicidad a costa de lo que sea. Lo importante, para Frankl, es realmente encontrar ese motivo; una vez que ese motivo es verdaderamente

fuerte, es capaz de ayudarnos a “disfrutar” el viaje de la vida. No olviden la capacidad que han tenido muchas personas para trascender la situación por la que pasaban y llegar a cumplir sus metas, únicamente por la “fuerza del espíritu”.

Por último, no hay que pasar por alto que, en muchas ocasiones, la misma salud requiere de una sana tensión. ¿O no acaso disfrutamos de los obstáculos que nos produce un proyecto con el cual estamos más que comprometidos? Si la vida es como escalar una montaña, el bienestar que nos produce llegar a la cima no tiene punto de comparación con lo difícil que fue llegar; por el contrario, todos esos obstáculos, nos llenan de orgullo y nos hacen valorar aún más nuestro esfuerzo.

Según lo expone Jahoda (citada por Lluch, 1999), la salud mental positiva se concibe desde una perspectiva individual, en la cual existe una relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos. Tener una buena salud física es necesario, pero no suficiente para tener una buena salud mental. Se puede estar en plena forma física, pero los aspectos emocionales negativos pueden generar un sentimiento de malestar.

La salud mental positiva (SMP) puede considerarse como la salud mental de las personas psicológicamente sanas, es decir, de aquellas personas que no padecen y no padecerán de trastornos psiquiátricos, lo cual puede

corresponder a un 80 ó 90% de la población (Lluch, 2002). Se han establecido algunas delimitaciones para su definición, tal como lo propone Jahoda desde 1958 (citado por Lluch, 1999), quien considera que la ausencia de un trastorno mental es un criterio indispensable pero incompleto para definir la salud mental positiva. El concepto de Jahoda, hace alusión a una característica estable de la personalidad, y no a una condición momentánea por situaciones puntuales, y una salud mental positiva no se caracterizaría por la ausencia de experiencias que generan afectos negativos, sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afectos positivos.

Las personas gozan de salud mental positiva cuando encuentran un equilibrio entre lo que ellos esperan de la vida y lo que la vida les ofrece, generándoles un sentimiento de felicidad. En este caso, la felicidad sería un producto de la interacción persona-ambiente e involucra una predisposición, atributo o valor de la persona y no simplemente un estado emocional transitorio dependiente de las circunstancias. No existen personas completamente sanas en todos sus aspectos, ya que cada uno tiene núcleos enfermos y sanos que se manifestarían de acuerdo a situaciones determinadas.

Lluch (1999), partiendo de los criterios propuestos por Jahoda, construyó una escala para evaluar la salud mental positiva en seis factores que se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Factores de la Escala de Salud Mental Positiva

Satisfacción personal	Implica un alto autoconcepto, sentirse satisfecho con la vida y optimismo frente al futuro.
Actitud prosocial	Es la predisposición altruista., de ayuda, apoyo y aceptación de los demás a pesar de las diferencias.
Autocontrol	Es la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas guardando un equilibrio sobre sus emociones, lo cual permite afrontar mejor los conflictos o tolerancia a la ansiedad y al estrés.
Autonomía	Se refiere a la capacidad para tener razonamientos y juicios personales, enfatizando en la independencia y control de la propia conducta, y en la confianza de las capacidades personales.
Resolución de problemas y Autoactualización	Es la capacidad de análisis ante situaciones difíciles que se presentan en la autoactualización vida, abarcando la destreza para tomar decisiones y la adaptación ante situaciones de cambio. Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
Habilidades de relación interpersonal	Implica la habilidad para entender los sentimientos de los demás, brindando interpersonal apoyo emocional. Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás. Habilidad para dar apoyo emocional. Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas

Tomado de Lluch (1999)

Acotando lo anterior, esta línea de investigación de salud positiva se enmarca en un nuevo paradigma totalizante, ecológico o sistémico; que contempla cinco criterios, siendo los dos primeros referidos a la perspectiva de la naturaleza del conocimiento y los otros tres a la epistemología que la orienta (Capra, 1997):

1.- Paso de la parte hacia el todo. Las características de las partes pueden ser aprehendidas considerando la dinámica del todo. Las partes no existen, son sólo una muestra en un tejido indivisible de relaciones.

2.- Paso de la estructura al proceso. Se considera cada estructura como manifestación de un proceso situado en su propia base. Todo tejido es, en su ser mismo, dinámico.

3.- Paso de la ciencia natural objetiva a la sistémica. Se incorpora explícitamente a la epistemología, esto es, a la comprensión del proceso del conocimiento, en la descripción de los fenómenos.

4.- Paso del sistema de pensamiento a la red como metáfora del conocimiento. La metáfora del conocimiento es la red. Se concibe la verdad como una red de relaciones, las descripciones forman una red de relaciones transversales, que representan los fenómenos observados; en una red semejante no existen jerarquías y fundamentos.

5.- Paso de la verdad a las descripciones aproximativas. Se reconoce que todas las teorías y conceptos científicos son limitados y son sólo aproximaciones. No se puede transmitir nunca una comprensión definitiva y completa de la realidad. Los científicos no se dedican a la verdad (en el sentido de una correspondencia precisa entre la descripción y el fenómeno descrito); sino que tratan con descripciones limitadas y aproximadas de la realidad.

Desde este sentido, en esta revisión se intentará tomar en cuenta inicialmente las variadas aproximaciones al concepto, empezando con la visión de los organismos internacionales tales como la OMS, la Federación de salud mental, la OIT, entre otras.

Los términos de profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos) fueron precursores del concepto de salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó por el término de salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental. (Lluch Canut, 1999).

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (1952), la define como salud Emocional:

Es el estado relativo en el que una persona logra una integración razonablemente satisfactoria de sus impulsos instintivos, de tal

manera que resulta ser aceptable para sí misma y para su medio social, lo cual se refleja en la naturaleza satisfactoria tanto de sus relaciones interpersonales como de su vida, su logro de flexibilidad y nivel de maduración alcanzado. Este concepto por tanto, está relacionado con los sentimientos que se tienen hacia sí mismo, hacia los demás y las respuestas a las demandas de la vida.

La Federación Mundial para la Salud Mental (1962), la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes". Concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona", por ello, es necesario promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995, citados por Lluch Canut, 1999). Esa "Salud Mental Óptima, no se debe ver como un valor ideal y absoluto, sino como algo posible dentro de las condiciones particulares de existencia." (Serrallonga, 1989, citado por Lluch Canut, 1999).

La misma Organización Mundial de la Salud (1951, 1961), señala, la salud mental "implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para modificar su ambiente físico y social o de contribuir en ello, de modo constructivo y la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de los propios impulsos instintivos". De esta forma se deduce, que un individuo sano ha logrado desarrollar su personalidad en forma armoniosa, y desplegado sus potencialidades, de modo tal, que sus impulsos instintivos no se hallan en conflicto. Así la salud mental es concebida como el estado de bienestar en que el individuo

comprende sus propias habilidades, puede sobrellevar las tensiones normales de la vida, trabaja productiva y fructíferamente, y hace una contribución a la comunidad (OMS, 2003, Osuna, 2003).

La OMS en la declaración de Alma Ata (1978), y en publicaciones sucesivas (1998, 2000), ha definido la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud mental y la salud física son inseparables, están estrechamente vinculadas con algunas de las capacidades más básicas, como la de pensar, establecer relaciones de interdependencia con otros; está intrínsecamente relacionada con la capacidad de adaptarse al cambio, de manejar las crisis y de ser creativos.

Para Pirkko Lahti (2001), entonces presidente de la Federación Mundial de Salud Mental, la salud mental incluye elementos económicos, sociales, psicológicos, médicos y ambientales. No es vivir sin problemas; vivir es pasar de una crisis a otra. Las crisis hacen a la gente más fuerte. Se aprende a afrontar las situaciones. Para enfrentar la vida se requiere trabajo y condiciones económicas de subsistencia que ayudan a la gente a mantener su equilibrio; contar con una red de ayuda, de amigos y parientes cercanos; y el aprendizaje cultural de afrontamiento. También es importante que la gente

tenga confianza en sí mismos, la capacidad de aprender nuevas cosas, de escuchar y de satisfacer a la gente.

Entre las características de las personas mentalmente sanas según la Federación de Salud Mental, se encuentran las siguientes (Pacheco Borrella, 2001):

Tabla 2. Características de las personas mentalmente sanas

Características	Descripción
1. Están satisfechas consigo mismo.	<ul style="list-style-type: none">• No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).• Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.• Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.• No subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.• Se respetan a sí mismas.• Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.• Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.
2. Se sienten bien con los demás.	<ul style="list-style-type: none">• Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.• Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.• Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.• Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.• No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.• Se sienten parte de un grupo.• Se consideran implicados en los avatares que

Características	Descripción
	afectan a la sociedad.
3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando. • Aceptan sus responsabilidades. • Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. • Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor. • Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas. • Hacen uso de sus dotes y aptitudes. • Se fijan sus metas ajustándose a la realidad. • Son capaces de tomar sus propias decisiones. • Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (1986), también se ha preocupado por las variables relacionadas con las características asociadas a la salud mental positiva, entre las cuales propone:

1. Estado de espíritu positivo.
2. Ausencia de síntomas de neurosis
3. Satisfacción en la vida
4. Deseo de vivir
5. Actividad social o Bienestar social. Que incluye: satisfacción en el matrimonio, en la participación social y la aptitud para el trabajo.

Considera la OIT como indicadores de salud mental positiva:

1. Ingeniosidad y creatividad
2. Aptitud para resolver los problemas
3. Fuerza del ego
4. Adaptabilidad
5. Sociabilidad
6. Amor propio
7. Introversión/ Extroversión
8. Actitud positiva / negativa respecto del futuro
9. Resistencia psicológica
10. Control interno- externo.

O desde la denominada Carta de Ottawa (1986), la salud mental se refiere a las capacidades de las personas, los grupos y el ambiente de interactuar entre sí, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las capacidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el

logro de metas individuales y colectivas consistentes con la justicia y el bien común.

La satisfacción personal

Es la satisfacción con la vida y está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas (European Foundation for the improvement of living and working conditions, 2005). Así para determinar la calidad de vida se requieren referentes de contraste, diversos modos de vida, aspiraciones, ideales e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la población.

La calidad de vida es una construcción histórica y cultural de valores, sujeta a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad (Espinosa, 1999). Para Rodado y Grijalba (2001), actúa en dos ámbitos: individual o privada y colectiva o pública. Desde lo individual es importante mirar: percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral. Desde lo

colectivo es fundamental determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo pues en él se concentra un capital humano, que responde a significados que él mismo ha tejido con el apoyo de los demás y que corresponden a la trama de sentido de los eventos de la vida cotidiana, le permiten valorarla al contrastarla con criterios colectivamente válidos en la sociedad en que vive. La cultura es un determinante transversal de la calidad de vida de la población adulta, porque influye sobre todos los demás determinantes.

Si se considera a priori que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas para su sobrevivencia, el ser humano inmerso dentro de una sociedad, enmarcado en un lugar determinado y una cultura que ha adquirido mediante la socialización se regula e incluso limita las concepciones de su mundo. En este contexto el sujeto evalúa su vida, más o menos consciente de lo que acontece, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales: nivel evolutivo, comparación con otros, historia personal, momento actual, expectativas futuras, entre otras; todo esto se conjuga y le permite la evaluación acorde con dicha vivencia. Pero no se puede olvidar las características personales, factor que si se adiciona a los ya mencionados, complejiza aún más el proceso, desde donde se rescata la subjetividad o forma de concebir el mundo.

Lo anteriormente expuesto sugiere que el concepto de calidad de vida hace referencia al mundo ideológico de pensamientos, sensaciones, satisfacciones y subjetividades; tiene sentido para cada persona según la escala valorativa de cada necesidad satisfecha. El modo de comprender la vida humana difiere de una cultura a otra e igual ocurre con la valoración de la calidad de vida; el ser humano interpreta desde un determinado universo de símbolos, representaciones y creencias que hay que enmarcarlos en contextos y tiempos determinados, por lo que desde esta perspectiva no se puede generalizar un único concepto, pues responde a significados culturales, adicionado al sentido que tiene la vida para cada persona y a la valoración teológica que cada persona tenga de ella (Lugones, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) definió la calidad de vida como "la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones" (p. 75). Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relaciones con el ambiente (Boladeras, 2000).

Asimismo, retomando la definición presentada por Cardona y Agudelo (2007), quienes entienden la calidad de vida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y sólo se pueden mirar a través de los interesados).

En el plano laboral, se podría señalar que una buena gestión sobre las personas mejorará la calidad de los procesos clave y, en general, de las actividades de la organización, lo que se proyectará en los resultados de la empresa, en la satisfacción de los clientes y en el impacto en la comunidad. De hecho la satisfacción en el trabajo viene siendo en los últimos años uno de los temas de especial interés en el ámbito de la investigación. Para Weinert (1985: 297-8) este interés se debe a varias razones, que tienen relación con el desarrollo histórico de las Teorías de la Organización, las cuales han experimentado cambios a lo largo del tiempo. Dicho autor propone las siguientes razones:

- a) Posible relación directa entre la productividad y la satisfacción del trabajo.
- b) Posibilidad y demostración de la relación negativa entre la satisfacción y las pérdidas horarias.

c) Relación posible entre satisfacción y clima organizativo.

d) Creciente sensibilidad de la dirección de la organización en relación con la importancia de las actitudes y de los sentimientos de los colaboradores en relación con el trabajo, el estilo de dirección, los superiores y toda la organización.

e) Importancia creciente de la información sobre las actitudes, las ideas de valor y los objetivos de los colaboradores en relación con el trabajo del personal.

f) Ponderación creciente de la calidad de vida en el trabajo como parte de la calidad de vida. La satisfacción en el trabajo influye poderosamente sobre la satisfacción en la vida cotidiana.

El propio autor destaca cómo, en el conjunto de las organizaciones, aspectos psicológicos tan importantes como las reacciones afectivas y cognitivas despiertan en el seno de los mismos niveles de satisfacción e insatisfacción en el trabajo.

En este caso las reacciones y sentimientos del colaborador que trabaja en la organización frente a su situación laboral se consideran, por lo general, como actitudes. Sus aspectos afectivos y cognitivos, así como sus disposiciones de conducta frente al trabajo, al entorno laboral, a los colaboradores, a los superiores y al conjunto de la organización son los que despiertan mayor interés (la satisfacción en el trabajo como reacciones, sensaciones

y sentimientos de un miembro de la organización frente a su trabajo) (Weinert, 1985, p. 298).

Esta concepción de la satisfacción en el trabajo como una actitud se distingue básicamente de la motivación para trabajar en que ésta última se refiere a disposiciones de conducta, es decir, a la clase y selección de conducta, así como a su fuerza e intensidad, mientras que la satisfacción se concentra en los sentimientos afectivos frente al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él.

Robbins y Coulter (1996) coinciden con Weinert a la hora de definir la satisfacción en el puesto, centrándose básicamente, al igual que el anterior, en los niveles de satisfacción e insatisfacción sobre la proyección actitudinal de positivismo o negativismo, definiéndola “como la actitud general de un individuo hacia su trabajo. Una persona con un alto nivel de satisfacción en el puesto tiene actitudes positivas hacia el mismo; una persona que está insatisfecha con su puesto tiene actitudes negativas hacia él” (p. 181).

Conviene también destacar que el puesto de una persona es más que las actividades obvias de manejar papeles, esperar a clientes o manejar un camión. Los puestos requieren de la interacción con compañeros de trabajo y jefes, el cumplimiento de reglas y políticas organizacionales, la satisfacción de las normas de desempeño, el aceptar condiciones de trabajo, que frecuentemente son menos que ideales, y cosas similares.

Robbins (1996) también nos indica que:

Los factores más importantes que conducen a la satisfacción en el puesto son: un trabajo desafiante desde el punto de vista mental, recompensas equitativas, condiciones de trabajo que constituyen un respaldo, colegas que apoyen y el ajuste personalidad – puesto. Por otra parte el efecto de la satisfacción en el puesto en el desempeño del empleado implica y comporta satisfacción y productividad, satisfacción y ausentismo y satisfacción y rotación (p. 192-7).

En esta manifestación encontramos factores importantes, que retroalimentan de forma positiva o negativa el desempeño de un puesto, conduciendo la satisfacción a una mejora en la productividad, a una permanencia estática o a una exigencia de movilidad, bien transitoria o definitiva, para satisfacer los niveles de exigencia personales.

Para Gibson et al. (1996) la satisfacción en el trabajo es una predisposición que los sujetos proyectan acerca de sus funciones laborales. El propio autor la define como:

El resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficios. Aunque son muchas las dimensiones que se han asociado con la satisfacción en el trabajo, hay cinco de ellas que tienen características cruciales (p. 138).

Siguiendo las indicaciones del propio autor, destacamos:

- Paga: La cantidad recibida y la sensación de equidad de esa paga.
- Trabajo: El grado en el que las tareas se consideran interesantes y proporcionan oportunidades de aprendizaje y de asunción de responsabilidades.
- Oportunidad de ascenso: La existencia de oportunidades para ascender.
- Jefe: La capacidad de los jefes para mostrar interés por los empleados.
- Colaboradores: El grado de compañerismo, competencia y apoyo entre los colaboradores.

Muñoz Adánez, (1990) define la satisfacción laboral como:

El sentimiento de agrado o positivo que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que le interesa, en un ambiente que le permite estar a gusto, dentro del ámbito de una empresa u organización que le resulta atractiva y por el que percibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas acordes con sus expectativas (p. 76).

Del mismo modo, define la insatisfacción laboral como

El sentimiento de desagrado o negativo que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que no le interesa, en un ambiente en el que está a disgusto, dentro del ámbito de una empresa u organización que no le resulta atractiva y por el que recibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas no acordes con sus expectativas (p. 76).

Para Padrón (1995) la satisfacción personal y profesional están estrechamente relacionadas con la salud mental y el equilibrio personal. En el caso del profesorado o estudiantado, la satisfacción tiene que ver con las situaciones específicas de la labor docente y con las características de su propia personalidad, en cuanto que todo ello repercute en su estabilidad emocional creando tensión, estrés, y produciendo malestar, tanto desde una perspectiva personal como profesional. La personalidad no es un “ente” abstracto sino que se hace presente y se realiza en la interacción con el medio. En estas relaciones cada persona va a adquirir su propio ajuste o adaptación, tanto personal como social.

Para este mismo autor, la satisfacción se puede entender desde dos perspectivas: a) Perspectiva personal. En este sentido, la satisfacción viene determinada por el propio trabajo que realiza el individuo, cuando se proyecta directamente de forma gratificante hacia las necesidades del propio sujeto, a la vez que se hace extensivo de forma genérica a las distintas facetas de la persona. b) Perspectiva profesional. Desde este enfoque van a ser las relaciones personales, tanto en el centro del trabajo como en el entorno, las que determinen la satisfacción/insatisfacción del individuo.

Por tanto, la satisfacción no es sólo expresión de una vivencia subjetiva. El trabajador, al vivir la experiencia de autoeficacia personal, se siente profesionalmente satisfecho.

Gordillo (1988) realizó una revisión del uso del término “satisfacción” en diferentes autores. La ambivalencia del concepto “satisfacción” se manifiesta en una diversidad de usos: Como estado emocional, como actitud, como motivación y como rasgo de personalidad.

Brüggemann (citado por Padrón, 1995) adopta una concepción pluridimensional de la satisfacción profesional. Para este autor, la satisfacción profesional “es el resultado de una comparación entre lo que hace y lo que debería de hacer: a medida que la distancia disminuye, la satisfacción aumenta” (p. 260).

Nuestro enfoque es integral, en el sentido de considerar a la personalidad desde el conjunto de sus dimensiones básicas o ámbitos: cognitivo, afectivo y conductual. Optamos por considerar la satisfacción como una actitud o variable personal integradora, en la que la conducta del sujeto es resultado del acuerdo y expresión armónica entre su pensamiento y sus sentimientos, produciendo así una reacción orgánica de equilibrio y de bienestar, traducida, por tanto, no sólo en su salud corporal sino también mental (Padrón, 1995; Gordillo, 1988). Los autores se acercan así a la definición actitudinal de la

satisfacción laboral como el conjunto de reacciones, sentimientos y sensaciones de un miembro de la organización laboral frente a su trabajo.

Zubieta y Susinos (1992) eluden definir la satisfacción, pero señalan, a partir de las aportaciones de Lucas Marín, unas conclusiones sobre la satisfacción en el trabajo, que concretan en las siguientes:

- *La satisfacción es una función del grado en que las necesidades personales del individuo están cubiertas en la situación laboral” (. (Teoría de las necesidades sociales).*
- *La satisfacción laboral es función del grado en que las características del puesto de trabajo se ajustan a las normas y deseos de los grupos que el individuo considera como guía para su evolución del mundo y para su definición de la realidad social” (Teoría del grupo de referencia social) p. 13).*

Estos autores establecen, además, una distinción entre las variables que influyen en el nivel de satisfacción, diferenciando dos categorías:

a) Variables ambientales que influyen en el nivel de satisfacción:

- Cuanto más elevado sea el nivel profesional mayor es la satisfacción.
- A mayor variación en la actividad mayor satisfacción.
- El liderazgo más participativo produce una mayor satisfacción laboral.

- El salario y la promoción laboral correlaciona positivamente con la satisfacción.

- La aceptación en el grupo de trabajo produce satisfacción.

b) Variables personales que influyen en la satisfacción:

- No existen datos que indiquen la existencia de variación en la satisfacción, según el sexo del trabajador.

- Dentro del mismo nivel profesional, a mayor nivel educativo menos satisfacción.

- La satisfacción se incrementa con la edad hasta pocos años antes de la jubilación.

Para González Tirados (1991) el concepto de satisfacción aparece ligado al clima de una organización, entendido como el conjunto de estímulos, motivaciones y factores que el individuo percibe como característicos de su lugar de trabajo. Las actitudes, los sentimientos, las vivencias profundas y, sobre todo, las reacciones afectivas con que el sujeto se relaciona con el clima organizativo que percibe constituyen la base de su satisfacción profesional. No es, pues, a través del mundo de la fría racionalidad como se

puede conocer y penetrar en el ámbito de la satisfacción en el trabajo de los enseñantes.

Actitud prosocial

Para Lluch (1999), Se entiende por conducta prosocial toda conducta social positiva con o sin motivación altruista. Positiva significa que no daña, que no es agresiva. A su vez se entiende por motivación altruista el deseo de favorecer al otro con independencia del propio beneficio. Por el contrario, la motivación no altruista es aquella que espera o desea un beneficio propio además del, o por encima del, ajeno. Como se ve, la definición incluye un aspecto conductal (alude a conductas) y otro motivacional (alude a motivaciones).

Las actitudes hacia el comportamiento prosocial son aprendidas y su aprendizaje no implica enseñanza. Todo ser humano, mediante aprendizaje, va regulando sus tendencias a comportarse, dentro de un contexto cultural, con ciertas normas y valores. Al cambiar dicho aprendizaje, se puede cambiar al hombre, sea para hacerlo más egoísta o para hacerlo más altruista (Rivera y Ardila, 1983).

Las instituciones educativas, por ejemplo, poseen una función modeladora de actitudes (Carreras y otros, 1999 y Hollander, 1968). De manera contradictoria, la mayoría de ellas enfatizan un aprendizaje individualista y

competitivo, que se ve plasmado en el currículo, el trabajo en clase, la evaluación, y sobre todo en el pensamiento, actitudes y acción del docente y sus alumnos (Díaz y Hernández, 1998).

El término conducta prosocial ha sido frecuentemente utilizado para conceptualizar una conducta de ayuda, siendo definida como: “todos los comportamientos que benefician a los demás como, por ejemplo, reciclar basura” (Jiménez y Gaviria, 2009). De lo anterior, se deriva que cualquier conducta que implique cooperar, rescatar, ayudar o sacrificarse esté contenida en esta clasificación. Sin embargo, en lo anteriormente descrito no está contemplada la motivación que subyace a la conducta de ayuda.

Moñivas (1996) en un artículo en el que hace una revisión de los conceptos de prosocialidad y altruismo, da cuenta de los paradigmas en la investigación de estos fenómenos y de manera muy pertinente arroja nuevos nortes para una distinción entre estos dos términos. La conducta prosocial diferenciándola entre conducta prosocial altruista y conducta prosocial no altruista, se distingue de la primera, ya que la conducta prosocial altruista requiere un costo de cualquier tipo (característicamente elevado) por parte de quien la ejecuta (Moñivas, 1996), por ejemplo: tiempo que se puede destinar para la realización de otras actividades, la puesta en riesgo de la

integridad física durante un desastre natural, dinero, entre otros patrones, son identificados como indicadores altruistas.

López (1999), describe la conducta altruista, caracterizada por: beneficiar a otros (no basta con la intención de prestar ayuda), ser voluntaria (que solamente la situación de necesidad del otro sea la que actúe como estímulo elicitor de la conducta), estar bien definida la persona o personas que obtienen los beneficios (para que el beneficiario sea la persona que verdaderamente necesita la ayuda), no deben anticiparse beneficios extrínsecos inmediatos (pero se considera que la persona sí puede obtener otro tipo de recompensas intrínsecas que no se deben evitar, ya que son los resortes motivacionales de dicha conducta), suponer más costes externos que beneficios externos.

Autocontrol

Autocontrol es un término que ha sido aceptado en forma reciente por la Real Academia Española (RAE). Se trata de un concepto que hace referencia al control de los propios impulsos y reacciones, y que supone una serie de técnicas de relajación.

El autocontrol podría definirse como la capacidad consciente de regular los impulsos de manera voluntaria, con el objetivo de alcanzar un mayor

equilibrio personal y relacional. Una persona con autocontrol puede manejar sus emociones y regular su comportamiento.

El autocontrol es, por otra parte, una herramienta que permite, en momentos de crisis, distinguir entre lo más importante (aquello que perdurará) y lo que no es tan relevante (lo pasajero).

Los especialistas en técnicas de autocontrol recomiendan, siempre que sea posible, no forzar el cuerpo ni la mente. Cuando un individuo está relajado, sereno y descansado, se encuentra en mejores condiciones para enfrentar las dificultades. Por otra parte, el autocontrol necesita del diálogo sereno, para evitar que la confrontación derive en situaciones de violencia emocional o hasta física.

Autonomía

La autonomía responsable, que puede ser una definición ética de la libertad, ya que “supone poseer los recursos personales necesarios para desarrollar los propios planes de vida, pero no arbitrariamente, sino respondiendo de ellos, y responsabilizándose de sus consecuencias” (Navarro, 2009).

Las habilidades que forman parte de la autonomía personal son de tres tipos: capacidad de autorregularse, responsabilidad sobre el propio comportamiento y capacidad de defender los propios intereses o deseos

(asertividad). En los primeros años el niño logra regular sus emociones – en lo que la madre tiene un papel fundamental, al contenerle emocionalmente-, pasando de un control externo de sí mismo a un control interno. El lenguaje es el instrumento indispensable para la autorregulación a partir de los dos o tres años de edad.

La entrada en la escuela debe suponer un nuevo impulso a la autonomía del niño, ya que se encuentra en un entorno formal, en donde adquiere además nuevas habilidades motrices y aprende a controlar su atención en tareas de tipo cognitivo. Es importante ayudar a los niños en esta fase a perseverar en sus actividades, en lugar de darles las cosas hechas o de facilitárselas en exceso. En la educación primaria el niño descubre cuáles son sus capacidades y cómo es su personalidad, adquiere una idea de sí mismo (autoconcepto) que es importante para la autonomía. Tiene además que definirse en algunos casos en contra de lo que quieren o piensan los demás, es lo que conocemos como asertividad.

La adolescencia requiere una nueva aproximación a la autonomía, en la que la responsabilidad es fundamental: las dificultades de comunicación que suelen experimentar los adolescentes pueden resolverse cuando han adquirido una buena regulación de su comportamiento en años anteriores. En la familia es importante desde la primera infancia reconocer las

capacidades del niño y promover su autonomía, permitirle hacer las cosas a su manera, dentro unos límites. En la escuela la autonomía se adquiere en el plano de la convivencia y en el de las tareas cognitivas, los amigos tienen un papel muy importante en el desarrollo de la autonomía personal, lo mismo que los hermanos.

Por otra parte, la autonomía se adquiere cuando en la familia y en la escuela se asignan responsabilidades al niño o al adolescente. La educación indulgente que en cierto modo se ha extendido en los últimos años tiene malas consecuencias. Los niños tienen que asumir desde pequeños tareas y deberes, y son necesarias la disciplina y las normas de comportamiento, ya que de otro modo es imposible que desarrollen una autonomía responsable. Junto a esta precisión, hay que tratar el aprendizaje de la asertividad, ya que la autonomía consiste también en no diluirse en el grupo, en mantener las propias ideas e intereses.

Resolución de problemas y autoactualización

La mayor parte del aprendizaje humano implica solución de problemas. De un buen diagnóstico y de la creación de habilidades y fortalezas depende un futuro saludable, en los vínculos sociales, laborales, etc.

Aislarse, resignarse, autocastigarse, perder autoestima, no pedir ayuda... no son maneras positivas de encauzar positivamente un problema o crisis. Tampoco lo es elegir una metodología errada.

Un problema tiene: Una etapa inicial (la situación actual); una meta (el resultado que se desea); una trayectoria para alcanzar la meta, una meta saludable alcanzada.

Las personas que resuelven problemas a menudo tienen que establecer y alcanzar submetas, conforme avanzan hacia la solución final. La solución de problemas se define como la formulación de nuevas respuestas (saludables) que van más allá de la aplicación simple de reglas aprendidas previamente para crear una solución.

En cuanto a la actualización, es el proceso de actualizar nuestras capacidades, habilidades y talentos para alcanzar nuestras metas particulares. Es un esfuerzo que tenemos que realizar durante toda nuestra vida para conseguir éxito y al enriquecimiento personal.

La importancia de la autoactualización reside en la llamada interior para ser todo lo que podemos ser que reside en cada uno de nosotros. En unas personas esta llamada es fuerte e insistente; pero en otros es como un silenciosa, susurrante. Con la autoactualización se pretende conseguir que

cada uno de nosotros sea capaz escuchar esta llamada y hacerla caso para poder autorrealizarnos. El psicólogo Abraham Maslow ha sido probablemente el descubridor de la autoactualización. A mediados del siglo XX planteó el concepto de jerarquía de las necesidades, que tenemos que satisfacer para vivir bien. El orden, empezando por las más imprescindibles es el siguiente:

- 1- Necesidades fisiológicas: comida, agua, descanso
- 2- Seguridad: orden, ley
- 3- Relaciones personales y amor: dar y recibir afecto
- 4- Estima: respeto en mí mismo y respeto de los demás
- 5- Autoactualización

Maslow recalca que debemos intentar desarrollar al máximo posible nuestro potencial o de lo contrario viviremos siempre insatisfechos. Sólo cubrimos las cuatro necesidades básicas anteriormente citadas podremos empezar a autoactualizarnos, a intentar ser fiel a nuestra propia naturaleza y desarrollar nuestras capacidades.

Algunas personas asocian autoactualización con experiencias místicas. Pero también podemos autoactualizarnos mediante métodos menos llamativos y totalmente accesibles a cualquier persona, sea o no religiosa. Otro personaje

que incorporó nuevos matices al concepto de autoactualización fue Bar-On, al exponer que para poder llegar a desarrollar nuestro potencial en la vida son necesario 8 requisitos previos:

- 1- Felicidad
- 2- Optimismo
- 3- Autoconciencia
- 4- Independencia
- 5- Ser resolutivo ante problemas
- 6- Responsabilidad social
- 7- Asertividad
- 8- Autoconciencia emocional

La satisfacción de las necesidades de carencia es condición necesaria, pero no suficiente, para que el individuo logre la autorrealización. La persona “meramente sana”, según Maslow, “gusta [de] la cultura [...], sus metas son benévolas, están llenos de buenos deseos y carecen de malicia,[...]pero falta algo” (Frick, 1973, p.53). El elemento que podría ser estimulante para lograr el anhelo de autorrealización y el crecimiento de la personalidad sería la

crisis y la desintegración de la personalidad, con el posterior acceso a niveles más altos de integración y a motivaciones propias de la autorrealización; de todas maneras, habría personas que podrían llegar al estado de autorrealización de manera gradual sin necesidad de pasar por tremendas conmociones.

Necesidades de autoactualización o self-actualization.

Las necesidades de autoactualización son únicas y cambiantes, dependiendo del individuo. Las necesidades de autoactualización están ligadas con la necesidad de satisfacer la naturaleza individual y con el cumplimiento del potencial de crecimiento; “la persona que tiene un talento para la música debe tener música y sufre tensión si no la tiene” (DiCaprio, 1989, p.367).

Uno de los medios para satisfacer la necesidad de autoactualización es el realizar la actividad laboral o vocacional que uno desea realizar y, además de realizarla, hacerlo del modo deseado. Para poder satisfacer la necesidad de autoactualización, es necesario tener la libertad de hacer lo que uno quiera hacer. No pueden haber restricciones puestas por uno mismo ni tampoco puestas por el medio; “desear ser libres para ser ellas mismas”(DiCaprio, 1989, p.367).

Necesidad de trascendencia.

Las necesidades de trascendencia son aquellas que están asociadas con el sentido de la comunidad, expresado a través de la necesidad de contribuir con la humanidad, yendo más allá de uno. Muchas veces, las personas dejan de lado las necesidades de desarrollo personal para poder contribuir a la sociedad; se podría decir que hay una necesidad altruista, la cual muchas veces se superpone a las inferiores. Este sería un estado de motivación que superaría al de la actualización.

Habilidades de relación interpersonal

Las habilidades de relación interpersonal son un repertorio de comportamientos que adquiere una persona para interactuar y relacionarse con sus iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. El ser humano es esencialmente un sujeto social que vive y se desarrolla en un proceso de aprendizaje social y el aprendizaje social ocurre inmediatamente después del nacimiento. Por tanto, la familia es la primera unidad social donde el niño se desarrolla y donde tienen lugar las primeras experiencias sociales. Para que la interacción posterior sea adecuada, es necesario que el sujeto haya desarrollado con anterioridad la seguridad que proporciona una correcta relación con la figura de apego. Una inadecuada interrelación con esta figura, que no proporcione al niño suficiente seguridad

e independencia; dificultará y reducirá la interacción posterior con sus iguales y con el adulto.

Para Rivas (2010), los estilos básicos de relación interpersonal son:

1. Estilo agresivo: son personas que continuamente buscan pelea, conflictos, acusan y amenazan. Establecen unas pautas de relación agresiva con los demás.
2. Estilo pasivo: son personas que permiten que los pisquen, no saben defender sus derechos e intereses, hacen todo lo que le dicen de una manera sumisa. Los demás se aprovechan de ellas y esto, a la larga, crea resentimiento e irritación.
3. Estilo asertivo: es asertiva la persona que defiende sus intereses, expresa sus opiniones libremente, no necesita insultar para resolver sus problemas y es capaz de negociar de mutuo acuerdo la mejor solución.

Así, las personas con deficiencia mental suelen presentar déficits importantes en habilidades sociales y sobre todo en habilidades de relación. Hay tres momentos en los que se nota muy claramente la carencia de estas habilidades: en la adolescencia (cuando se establece la relación en el grupo o pandilla), cuando se inicia una relación con una persona del sexo opuesto y cuando se tienen que integrar en un trabajo.

El término enfermedad mental cubre una amplia gama de problemas que afectan la capacidad para seguir adelante con la vida diaria. Este tipo de problemas puede afectar a cualquier persona, de todas las edades y los antecedentes, y repercutir también al entorno próximo, como familiares, amigos o cuidadores. La mayoría se recuperan. De media, una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de problema de salud mental a lo largo de un año. Sin embargo, sólo un número relativamente pequeño será diagnosticada de una enfermedad mental grave. Los trastornos mentales más frecuentes son la depresión y la ansiedad, y las enfermedades más graves son la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad. Con apoyo, la mayoría de las personas se recupera de sus problemas de salud mental, por lo que resulta importante superar el estigma asociado a estos trastornos en el lugar de trabajo.

II.5 TRAYECTORIA INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES (ULA)

El origen de la Universidad de Los Andes (ULA) se remonta al año 1785, en fecha 27 de marzo, cuando el Obispo de Mérida Fray Juan Ramos de Lora, fundó una Casa de Estudios cuyo nombre, poco tiempo después, fue Real Colegio Seminario de San Buenaventura, que habría a inicios del siglo XIX de convivir simultáneamente con el instituto universitario.

El 21 de septiembre de 1810 la Superior Junta Gobernativa de la Provincia expidió el Decreto de Creación de la Real Universidad de San Buenaventura de Mérida de los Caballeros, concediéndole al Seminario la gracia de Universidad, con todos los privilegios de la de Caracas y con facultad de conferir “Todos los grados menores y mayores en Filosofía, Medicina, Derecho Civil y Canónico y en Teología”. Permaneció como instituto eclesiástico hasta el año 1832, cuando fue secularizada por el Gobierno Nacional, presidido por el General José Antonio Páez.

Luego de la independencia de Venezuela, la situación de Universidad y persona jurídica de la ULA se confirmó oficialmente por primera vez en 1946, fecha en que la Junta Revolucionaria de Gobierno promulgó, por Decreto N° 908, el Estatuto Orgánico de las universidades nacionales, que abarcaba todas las instituciones docentes de esta clase, incluida la de Los Andes.

En la Ley de Universidades del 8 de septiembre de 1970 (Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 1429) se reconoció su autonomía orgánica, administrativa, económica y financiera, y se estableció su reglamento básico.

Actualmente la ULA es una institución de educación superior, nacional y autónoma, con un área de influencia que comprende los estados de la región andina (Mérida, Táchira y Trujillo) como entorno inmediato, donde habita una población estimada de 2.834.856 habitantes. Su sede central está en la

ciudad de Mérida donde cuenta con 11 facultades y 36 escuelas, en las siguientes áreas del conocimiento: área social, las facultades de Ciencias Económicas y Sociales, de Ciencias Jurídicas y Políticas, de Humanidades y Educación, y de Arte, conformadas en 14 escuelas; área de la salud, con las facultades de Medicina, Odontología, Farmacia y Bioanálisis, conformadas en 6 escuelas y el área de ciencias básicas, ingenierías y tecnologías, las facultades de Ciencias, Ingeniería, Arquitectura y Diseño y Ciencias Forestales y Ambientales, conformadas en 16 escuelas.

Asimismo, la ULA ha creado tres núcleos que han contribuido a elevar los índices de desarrollo de su zona de dominio: el Núcleo Universitario del Estado Táchira, que dio inicio a sus actividades docentes en la ciudad de San Cristóbal, en el año 1966, como Escuela de Educación dependiente de la Facultad de Humanidades y Educación de Mérida. En 1976 se decretó su Constitución como núcleo universitario y en el año 2004 el Consejo Universitario acordó otorgarle el nombre de “Dr. Pedro Rincón Gutiérrez”; el Núcleo Universitario del Estado Trujillo, creado por Decreto del Consejo Universitario en 1972 y, luego a raíz del Centenario del Natalicio del Sabio Rafael Rangel celebrado el 25 de abril de 1977, el Consejo Universitario emitió Decreto mediante el cual reconoce al científico trujillano y resuelve dar al núcleo el epónimo “Rafael Rangel”; el Núcleo Universitario “Alberto Adriani”, de El Vigía creado por decreto del Consejo Universitario del 22 de

enero de 2007 y la Extensión del Valle de Mocotíes, en Tovar, decretada el 08 de septiembre de 2007.

La Universidad cuenta además con extensiones de la Facultad de Medicina en las ciudades de Guanare, Barinas, Valera, San Cristóbal y Valle de La Pascua; asimismo, en la ciudad de Boconó funciona el “Centro de Ecología Dr. José W. Torrealba”, fundado en 1980 y adscrito al Núcleo Universitario “Rafael Rangel”, el cual funciona como centro de Investigación orientado a analizar y buscar solución a la problemática ambiental de la cuenca del río Boconó y su área de influencia. Asimismo, el instituto tiene a su cargo varias estaciones forestales experimentales y agropecuarias productivas en los estados Mérida, Trujillo, Barinas y Apure.

En la actualidad, la Universidad de Los Andes, a través de la Dirección General de Planificación y Desarrollo (PLANDES) presenta el Informe de Gestión 2011 Proyección 2012, documento de amplia visión, que publica los logros alcanzados por las dependencias académicas y administrativas de la Universidad. En el Tabla 3, se muestra la matrícula de pregrado para el año 2010-2011:

**Tabla 3. Matrícula Activa de Pregrado según Facultades y Núcleos ULA
- Años 2010 – 2011**

Facultades y Núcleos	Año		Variación Interanual (%)
	2010	2011	
Arquitectura y Diseño	1.427	1.669	16,96
Arte	1.341	1.443	7,61
Ciencias	1.377	1.341	-2,61
Ciencias Económicas y Sociales	4.891	4.935	0,90
Ciencias Forestales y Ambientales	1.443	1.475	2,22
Ciencias Jurídicas y Políticas	5.738	6.050	5,44
Farmacia y Bioanálisis	2.383	2.102	-11,79
Humanidades y Educación	6.116	6.497	6,23
Ingeniería	4.435	4.930	11,16
Medicina	5.530	6.189	11,92
Odontología	591	693	17,26
Núcleo Univ. Rafael Rangel	5.818	6.065	4,25
Núcleo Univ. Pedro Rincón G.	5.497	5.955	8,33
Núcleo Univ. Alberto Adriani	749	906	20,96
Extensión Valle del Mocotíes	352	482	36,93
TOTAL	47.688	50.732	6,38

Fuente: OCRE. Ejecución Física Institucional 2010, 2011. Cálculos propios PLANDES

En relación a la distribución de la matrícula total de la Institución por facultad y núcleo se tiene que la Facultad de Humanidades y Educación acumula el 12,81% de la matrícula, seguidamente, se presenta Medicina con el 12,20%, el Núcleo Universitario Rafael Rangel 11,95%; Ciencias Jurídicas y Políticas 11,93%; Núcleo Universitario Dr. Pedro Rincón Gutiérrez (11,74%); Ciencias Económicas y Sociales 9,73% e Ingeniería 9,72%. Por otra parte, se cuenta con un conglomerado integrado por Farmacia y Bioanálisis 4,14%, Arquitectura y Diseño 3,29%, Ciencias Forestales y Ambientales 2,91%, Arte 2,84% y Ciencias 2,64% y finalmente, se tiene al Núcleo Universitario Alberto Adriani 1,79%, Odontología 1,37% y Extensión Valle del Mocotíes 0,95% (Gráfico 1).

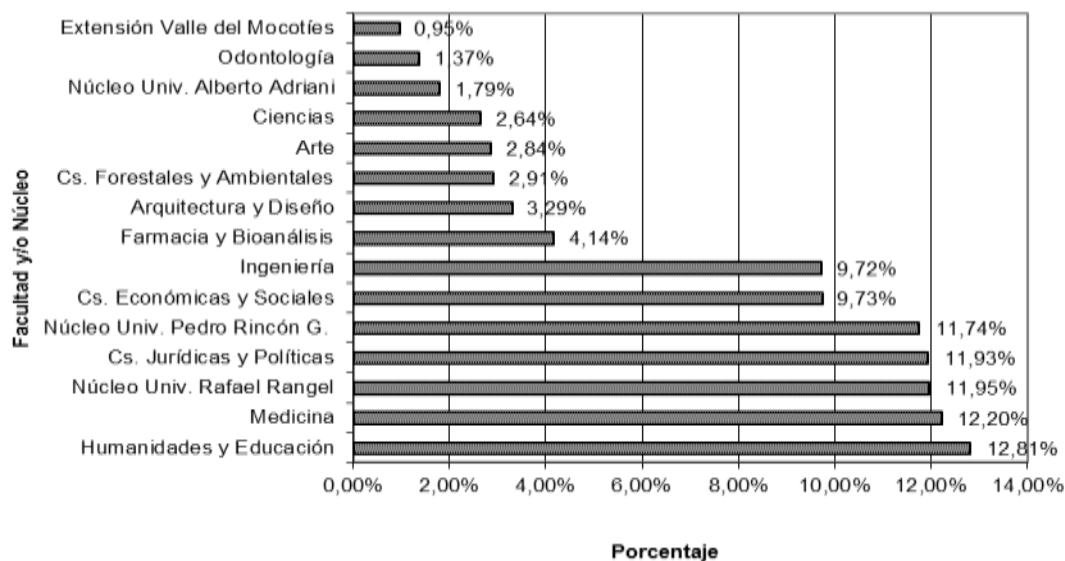


Gráfico 1. Distribución Porcentual de Matrícula Activa de Pregrado según Facultades y Núcleos ULA - Año 2011. Fuente: Plandes, 2012.

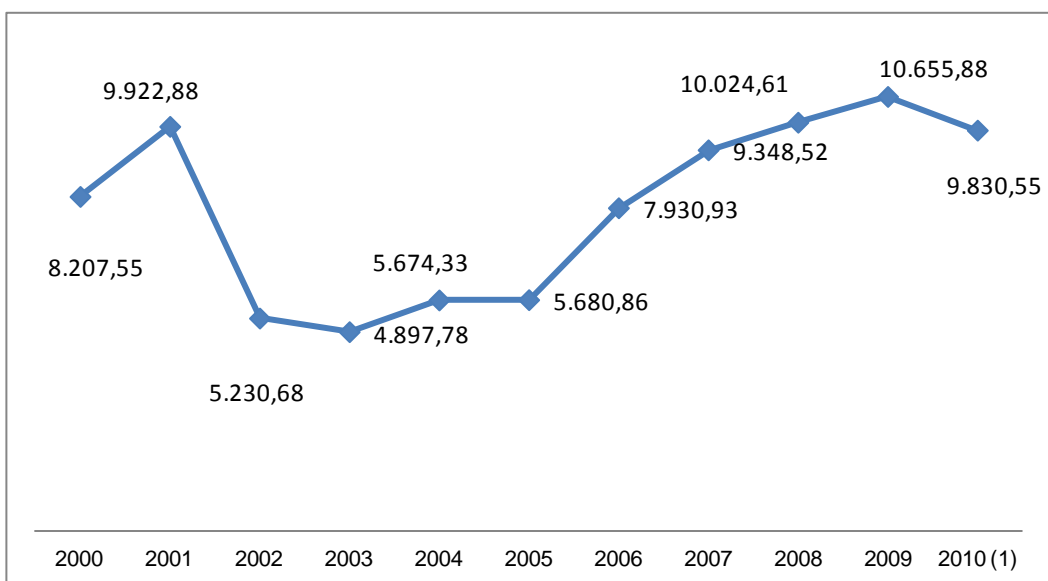


Gráfico 2. Evolución del Costo Anual del Estudiante en Dólares Años 2000 – 2010. Fuente: Plandes, 2012

Entre los años 2008 y 2010 la Universidad de Los Andes ha tenido un costo promedio por estudiante alrededor de los 10 mil dólares (Gráfico 2, Plandes, 2012). Este dato es muy importante para poder apreciar la inversión que el Estado Venezolano hace por cada estudiante, si unimos a este gasto el que cada familia invierte para mantener por un año al estudiante y el esfuerzo personal del mismo, los costos son significativos. Es por ello que un estudiante que deserte, retrase o no concluya con su carrera trae pérdidas significativas al mismo estudiante, a la familia y al Estado.

De ahí, que nuestro trabajo se centra en detectar los problemas de SM y SMP para ayudar al logro de los objetivos de cada estudiante, no sólo en la

escuela de Ciencias Políticas sino también en toda la ULA y en todas las universidades del país. Nuestra línea de investigación profundizará en el futuro en este campo.

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas.

Según Urdaneta (2011), actual Decano de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, la Facultad de Derecho (como se llamaba anteriormente) fue la primera opción creada, que le dio vida a la Universidad de Los Andes, para ofrecer estudios a nivel de Licenciatura. Inicio sus esfuerzos desde el año 1806, en el antiguo Seminario de San Buenaventura de Mérida de los Caballeros. Desde esa época hasta la presente, muchas han sido las fases ofrecidas por la Facultad para erigirse como uno de los más importantes centros de estudios dentro de la Universidad de Los Andes. Más, sin embargo, es mucha la historia que ha pasado por la Facultad, con sus inconvenientes, pero siempre ha sido uno de los lugares donde el saber se logra con marcada exactitud del querer.

La Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas alberga dentro de sí, hoy día, tres (3) escuelas muy importantes: La Escuela de Derecho, es la más antigua, data desde su inicio como la escuela del saber, la que más beneficios ha traído para el estudiante precoz y para el país; La Escuela de Ciencia Política, bautizada como aquella que combina el saber con la

condición del ser humano y del ser social; y, La Escuela de Criminología, única en Venezuela, que ofrece la posibilidad de estudiar a conciencia y ofrecer la posibilidad de redención a las personas más golpeadas por la vida: los reos.

Además, la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, tiene los estudios de Derecho a Distancia también, se puede decir, que es la primera en ofrecer los estudios de la abogacía en forma semi-presencial y con el rigor científico necesario.

Igualmente, ese Centro de estudios universitarios, posee los estudios en Trabajo Social, rama nueva del conocimiento científico, que no ha podido implementarse por carencia de espacios suficientes.

Posee, igualmente, la Facultad los estudios de postgrado en Ciencia Política, Desarrollo Agrario y Procesal Penal a nivel de Maestría y de Propiedad intelectual, Derecho Mercantil y Derecho Administrativo a nivel de especialización.

Igualmente, posee, el Centro de Investigaciones Jurídicas, el Centro de Estudios Penales y Criminológicos, el Centro de Estudios Políticos y Sociales de América Latina, el Centro de investigación en Desarrollo Agrario, el Centro Iberoamericano de Estudios Provinciales y Locales, la Oficina de Ayuda Integral al Estudiante, El Centro de Estudios Electorales y el Programa de

Estudios Abiertos en Desarrollo Social, que en su conjunto ofrecen la posibilidad, al profesor o estudiante de la Universidad de Los Andes, a perfeccionarse dentro de cada uno de los aspectos más relevantes de la Ciencia Jurídica y Política.

Mención aparte requiere la Oficina de Registros Estudiantiles (ORE), por cuanto la mayor atención de la Facultad se refiere a los problemas que produce la relación alumno-profesor. Esta relación es perfecta gracias a la intervención de la O.R.E. Es allí donde se produce el mayor volumen de trabajo docente, pero también es allí donde se producen las mejores satisfacciones.

Igualmente, el Centro de Publicaciones y Apoyo Didáctico, por cuanto es en ese lugar, donde se desarrolla una actividad que involucra a la profesión del docente con su enseñanza.

Para terminar con este apretado resumen que se hace de la Facultad, mencionaremos a los Departamentos de cada una de las escuelas, al Centro de Enseñanza Profesional de la Escuela de Derecho y al Servicio Jurídico de la Facultad, organismos que formando parte de ella, la integran armoniosamente y con efectividad.

Las Ciencias Políticas como carrera universitaria tiene como fin el conocimiento de la realidad mediante la observación y la descripción

ordenada y sistemática de los hechos y factores políticos. Una vez conocidos estos hechos, las Ciencias Políticas tienen una finalidad práctica que consiste en la transformación de la realidad dada. La acción política, entonces, debe impulsar esa realidad transformándola en otra nueva, que se considera mejor y más justa.

El Estudiante de Ciencias Políticas.

Para cursar la carrera de Ciencias Políticas y acceder al título de Politólogo, el estudiante debe poseer ciertas características tales como gusto por la lectura y capacidad de lectura crítica; saber redactar y tener capacidad de síntesis; interés por los problemas de la realidad nacional y mundial; capacidad de analizar situaciones concretas; capacidad de relacionar, comparar, contrastar y predecir los acontecimientos políticos en su dinámica.

En resumen:

- Vocación clara para esta carrera
- Capacidad de análisis, de síntesis y de auto evaluación.
- Espíritu crítico e imaginativo.
- Capacidad de aproximación objetiva a los fenómenos sociales y de reflexión sobre ellos.

- Habilidad para el uso de instrumentos técnicos de observación y medición de las realidades sociales.
- Pasión por la lectura y capacidad de abstracción.
- Mentalidad abierta a las diversas corrientes de pensamiento político.

Estas condiciones, que consideramos necesarias, le permitirán al estudiante abordar con éxito las asignaturas que se imparten en la Universidad y superar sin dificultad las etapas de los nuevos conocimientos. Por el contrario, el carecer de estas habilidades conduce a una dificultad en el proceso de aprendizaje y a reprobación de las asignaturas produciendo frustración, repetir cursos y finalmente abandono de la carrera.

Perfil Profesional

Es un analista especializado en el conocimiento científico de las realidades socio-políticas, nacionales e internacionales. Debe estar dotado de los conocimientos e instrumentos teóricos y metodológicos que le permitan la aproximación científica a los fenómenos sociopolíticos, su análisis y prospección para llegar a síntesis teóricas.

La Escuela de Ciencias Políticas forma los politólogos necesarios para conocer, interpretar, describir y modificar los fenómenos y las instituciones políticas locales, nacionales e internacionales, en sus diversas

manifestaciones históricas y actuales, con una firme base metodológica y científica, en un ambiente de pluralismo ideológico y de libre presentación y discusión de las ideas.

Áreas de desempeño

El egresado en Ciencias Políticas está en capacidad de desempeñarse en los siguientes campos:

Comercio: Asesoría en instituciones gubernamentales en relaciones comerciales, en organizaciones internacionales de carácter económico, en la banca y finanzas

Servicio exterior: como diplomático (embajadas o consulados) en los organismos internacionales y supranacionales.

Planificación y políticas de desarrollo integral: como planificador, el Politólogo URU diseña y evalúa programas y proyectos para tomar decisiones acertadas. También agrupa todas aquellas actividades, competencias y valores orientados a la acción movilizadora organizativa y difusora que lo conduce a impulsar acciones de cambio a la vez que se desempeña en la administración pública.

Asesoría: en la administración y gerencia de la administración pública y de entes no gubernamentales; antes durante y después de procesos

electorales; asesoramiento al sector privado en sus relaciones con los organismos públicos, nacionales e internacionales.

Campo Ocupacional

El politólogo por su formación científico-técnica y objetiva sobre la estructura política y especialmente en la planificación y coordinación general de servicios, desempeña cualquier cargo técnico o político en la Administración Pública en empresas privadas o estatales, como Licenciado en Ciencias Políticas y Administrativas como consultor, asesor político o relacionista público, tanto en el campo empresarial, gremial o sindical. En institutos o centros de estudios la presencia del Politólogo también es requerida y su finalidad es proporcionar los elementos de juicio para las decisiones o planes de los poderes públicos o de entidades privadas con interés público: o que desarrollen investigaciones de carácter científico sobre aspectos de la política y otras materias afines. En el periodismo, la formación en política de alto nivel le permite al Politólogo, actuar como redactor o asesor político. En la Docencia, puede desempeñar función docente, de investigación y de tipo administrativo en universidades e instituciones de nivel superior. En la carrera Diplomática: puede desempeñar cargos en el servicio interno de la Cancillería. El quehacer del politólogo oscila entre tres tipos de tareas, la de profesor, la de investigador, la de analista de la política.

Primero, como profesor, el politólogo no puede limitarse a la repetición infatigable de las fórmulas "consagradas" en los manuales universitarios. El profesor de politología antes de convencer —tarea de los ideólogos, debe buscar la demostración de sus proposiciones. Esta demostración debe estar siempre libre de las ataduras de los compromisos ideológicos. Esto es a tal punto importante que en nuestra disciplina "la enseñanza" resulta ser a menudo una manera de confirmación o justificación de las ideas o ideologías dominantes.

La enseñanza de la política no admite autoritarismos, ni de las doctrinas ni de los grandes autores. El desentendimiento de esta verdad ha conducido a no pocos científicos y políticos a restringir sus potencialidades al campo de la exposición erudita a la mera actividad exegética si no a la apología pura y simple de textos y autores consagrados. La labor pedagógica del politólogo consiste por consiguiente en ofrecer y cultivar el saber esclarecedor, que hace al hombre consciente de su propia práctica social y política, que lo convierte en dueño de su destino.

Segundo, como investigador aquí tocamos la fibra íntima del artesano intelectual de la política. La búsqueda del saber político implica a menudo grandes riesgos y en todas partes aparece asediada de peligros.

El Politólogo investigador sabe también que los resultados de su búsqueda están llamados a cumplir una función bien determinada en el progreso de los conocimientos. Él está consciente de que su labor es parte de una búsqueda más amplia que no ha empezado no termina con él. Él sabe muy bien que cuando presente al juicio de la crítica los resultados de su investigación es porque tiene "algo", que decir. Este "algo" está destinado a promover ideas, nuevas interpretaciones de la realidad observada.

De aquí que sea esencial el cultivo del espíritu crítico. Este no puede crecer sino allí donde coexisten la libertad intelectual y moral. Tal vez es por esto que centros de investigación de ciencia política no están permitidos en aquellos países donde el Estado autoritario se erige en guardián de todo conocimiento, donde se persiguen las disidencias y se acallan las voces de la inconformidad.

Tercero, como Analista de la política, el politólogo tiene la mayor responsabilidad ante la comunidad. Esta es sin duda la tarea a la que están llamados la mayoría de los egresados de nuestros centros de estudios especializados.

En la Administración Pública, el politólogo está llamado a convertir en verdadero soporte la actividad técnica que requiere conocimientos y destrezas del saber politólogo. La elaboración de informes y la recolección

de datos para la toma de decisiones de interés público conforman un espacio o terreno que, nuestros países, debe ser asumido por el analista calificado. El lugar del politólogo en la Administración como local o regional. Las actividades de planificación, de gestión y ejecución demandan un concurso del análisis político en cada una de las etapas de su formulación.

Otro campo es el de periodismo de opinión o especializado. Este puede convertirse en el futuro inmediato en el instrumento más idóneo para la acción y proyección del politólogo. En el rol de director y orientación de la opinión pública, así como en el observador calificado de las relaciones de fuerzas coyunturales, el analista político debe encauzar nuestros pueblos hacia mejores niveles de vida y realización.

La politología es la ciencia que provee la metodología adecuada para conocer y dirigir la dinámica del Estado y de su Gobierno, analizar e intervenir el ejercicio del Poder, producir políticas públicas y dirigir y transformar la función de gobierno, así como planificar actos electorales o analizar los fundamentos de desarrollo histórico y actual del fenómeno político nacional e internacional.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

III.1. METODOLOGÍA

Tipo y diseño de Investigación

La presente investigación es de campo no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional. En ella se observaron las variables sin modificarlas y se recogieron los datos en un momento único sin valorar su evolución; estableciendo secundariamente correlaciones entre ellas sin determinar causalidad.

Se enmarca dentro de un estudio descriptivo, ya que determina las características de la salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de Primer, Tercero y Quinto Año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Hernández, Fernández y Baptista (2003), agregan que los estudios que conforman la investigación descriptiva buscan “seleccionar una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga” (p.33).

El método de evaluación del estado de salud mental consistió en una encuesta voluntaria, autoaplicada y anónima, compuesta por: Cuestionario de Goldberg, en su modalidad de 28 preguntas (GHQ-28), validada para poblaciones española (Al Nakeeb, et al., 2009). Determinándose una puntuación ≥ 6 como indicativo de alteración en la salud mental. De igual manera se valoró la salud mental positiva utilizando el test de Lluch, SPM-39, estableciendo la relación entre ambas variables y las diferencias entre los grupos según sexo y año cursado. Para realizar el análisis de la variable salud mental positiva se utilizaron los rangos 0 a 1 muy buena; 1.1 a 2 buena; 2.1 a 3 media; y 3.1 a 4 mala.

Población Estudiada

La población está conformada por los 272 estudiantes universitarios de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, distribuida de la siguiente manera:

Primer año= 153

Tercer año= 74

Quinto año= 45

De este total, al momento de la aplicación de los instrumentos, no se pudo incorporar a dos de los estudiantes que conforman la población total, por lo que la población encuestada quedó en 270 estudiantes.

Variables de estudio:

Las variables de estudio fueron el nivel de Salud mental y el nivel de Salud Mental Positiva de los estudiantes de Ciencias Políticas, así como sus dimensiones. En el caso particular se estudiaron como variables independientes del estudio el Año cursado, categorizado en primer año, tercer año y quinto año, el sexo en sus dos categorías masculino y femenino, Edad de los estudiantes, medida en años de edad; y Lugar de procedencia, categorizadas en estudiantes procedentes de Mérida y Otro lugar fuera de Mérida. Las variables, así como los indicadores y escalas para su medición se explican a continuación en el segmento de operacionalización de las variables

Tabla 4. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO/TEMS
Sexo	Hombre Mujer	Preguntas Generales 1
Edad	Edad en años	2
Procedencia	Mérida Otro	3

Año de la carrera	Primero Tercero Quinto	4
Salud Mental en estudiantes de Ciencias Políticas	A1.- (síntomas somáticos) A2.- (ansiedad e insomnio) A3.- (disfunción social) A4.- (depresión grave).	Cuestionario de Salud General de Goldberg, (GHQ-28) 1-7 8-14 15-21 21-28
Salud Mental Positiva.	Factor 1: Satisfacción Personal Factor 2: Actitud Prosocial Factor 3: Autocontrol Factor 4: Autonomía Factor 5: Resolución de Problemas y Autoactualización Factor 6: Habilidades de Relación Interpersonal	Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (SMP-39)

Fuente: González, 2012.

Instrumentos

- Cuestionario de Salud General (GHQ-28): El General Health Questionnaire (GHQ) original fue elaborado por David Goldberg en 1972, con el objetivo de identificar alteraciones psíquicas en el ámbito hospitalario. Inicialmente estaba formado por 93 ítems y, posteriormente ha sido abreviado en diferentes formatos, quedando demostrado en distintos estudios que las versiones reducidas tienen la misma utilidad que las completas, con unas propiedades psicométricas aceptables.

Desde que en 1979 Goldberg y Hillier diseñaron el GHQ-28, esta versión ha sido la más utilizada. El GHQ-28 no persigue establecer un diagnóstico clínico, sino detectar el estado general de salud mental, o bienestar, mediante la sintomatología presente en las dos últimas semanas. Evalúa la percepción que el sujeto tiene sobre su estado de bienestar. Ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de screening, como estimador de la salud mental en la población general. Está formado por 28 ítems agrupados en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con 4 opciones posibles.

- Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (SMP-39)

M^a Teresa Lluch Canut en septiembre 1999 elaboró con su tesis doctoral la “Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva” en la Universidad de Barcelona. (Lluch, 1999). De 39 ítems (Ver anexo). Siguiendo los criterios de salud mental positiva elaborado por Jahoda y publicado en 1958, en forma de documento monográfico, bajo el título “Current Concepts of Positive Mental Health”, configura una concepción multidimensional de la salud mental positiva. La autora propuso seis criterios generales, la mayoría de los cuales desglosa en varias dimensiones o criterios específicos. Los seis criterios generales son: (Lluch, 1999).

1: Actitudes hacía sí mismo (Attitudes toward the self)

2: Crecimiento y autoactualización (Growth, development and self-actualization)

3: Integración (Integration)

4: Autonomía (Autonomy)

5: Percepción de la realidad (Perception of reality)

6: Dominio del entorno (Environmental mastery)

Lluch respeta los seis criterios de Jahoda y los denomina factores actualizándolos con otros nombres.

Factores

Factor 1: Satisfacción Personal

Factor 2: Actitud Prosocial

Factor 3: Autocontrol*

Factor 4: Autonomía

Factor 5: Resolución de Problemas y Autoactualización

Factor 6: Habilidades de Relación Interpersonal

Unido a estos cuestionarios se agregaron las preguntas referentes al Sexo, Edad, Procedencia y Año Cursado.

Procedimiento

Los instrumentos fueron administrados de forma colectiva entre estudiantes de Ciencias Políticas del 1º, 3º y 5º año. La distribución de los formularios y las explicaciones propuestas para cada uno de ellos se llevó a cabo al finalizar una clase, señalándose el carácter confidencial y anónimo de los resultados obtenidos.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 17.0. Previamente al análisis se realizó un estudio descriptivo con base a los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos. Éstos se incluyeron en una base de datos específicamente diseñada, y fueron analizados con el programa informático de análisis estadístico SPSS, versión 17.0. Posteriormente se calcularon las frecuencias de las variables, y la significación estadística se halló por medio de la diferencia entre medias y la prueba del Chi cuadrado χ^2 , tras realizar las correcciones oportunas. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con $p < 0.05$.

CAPITULO IV

RESULTADOS

IV.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES SEGÚN SU EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS POLÍTICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Esta fase se cumplió en dos etapas, la primera consiste en describir el comportamiento de cada una de las variables estudiada, de acuerdo a la frecuencia y porcentaje obtenidos en las categorías que la definen, tal y como aparecen en la Tabla 5.

Variables Edad, Sexo, Procedencia, Año de Curso, Salud Mental y Salud Mental Positiva

En relación a las estadísticas descriptivas se encontró en cuanto a la Edad, un promedio de 21,4 años, distribuidos en un 53,7%, menores de 20 años, 32,2% entre 21 y 25 años y 14,1% mayor de 26 años (gráfico 3); el 60% son mujeres (gráfico 4), el 67% proviene de Mérida y zonas aledañas (gráfico 5) y en cuanto al curso, la mayoría de la población estudiada (56%) cursa el primer año, disminuyendo en número a medida que avanza en curso (gráfico 6).

Tabla 5. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las variables estudiadas.

Aspectos	Frecuencias	Porcentajes
EDAD		
Menor de 20 años	145	53,7
Entre 21 y 25 años	87	32,2
Mayor de 26 años	38	14,1
SEXO		
HOMBRE	107	40,0
MUJER	163	60,0
PROCEDENCIA		
MÉRIDA	181	67,0
OTRO	89	33,0
CURSO		
PRIMERO	153	56,0
TERCERO	72	27,0
QUINTO	45	17,0

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

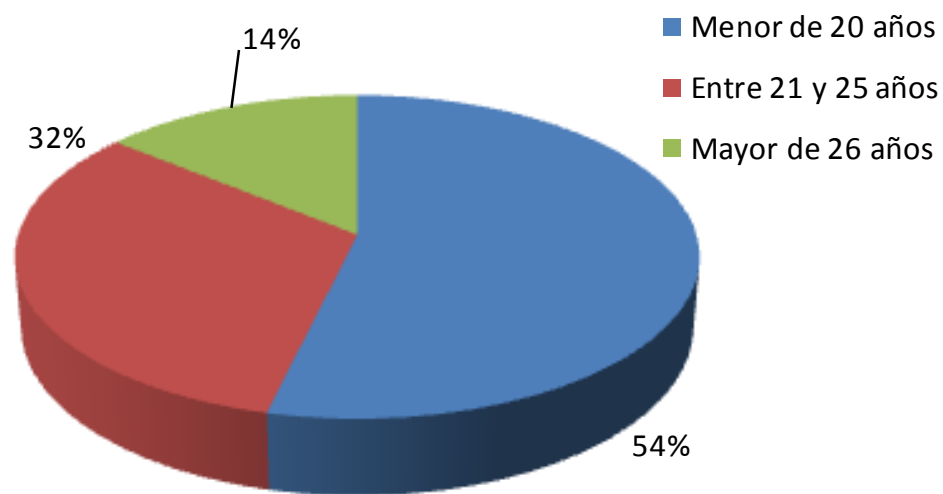


Gráfico 3. Distribución de la variable Edad. Fuente: Tabla 5.

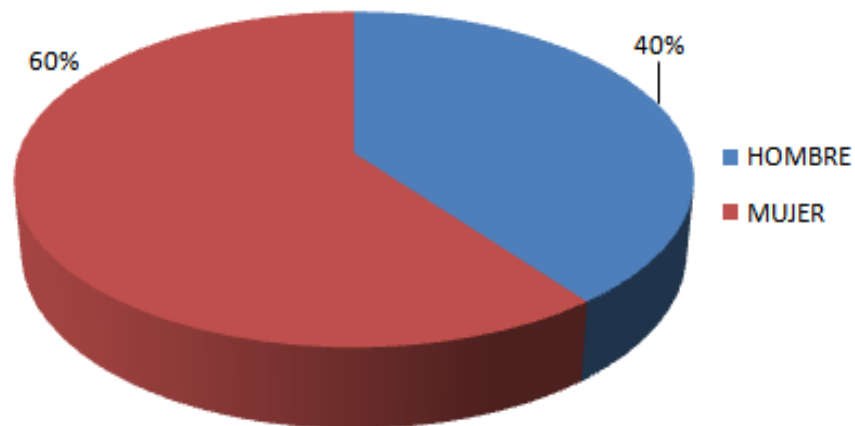


Gráfico 4. Distribución de la variable Sexo. Fuente: Tabla 5.

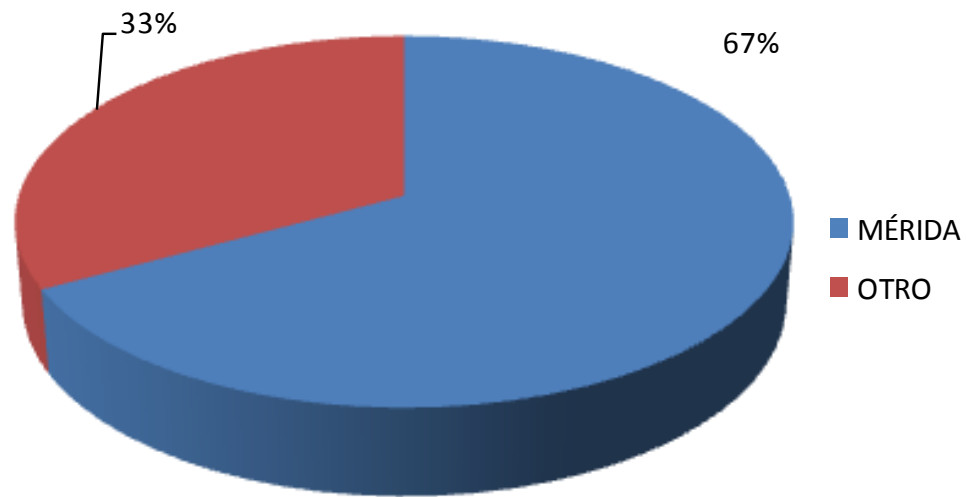


Gráfico 5. Distribución de la variable Procedencia. Fuente: Tabla 5.

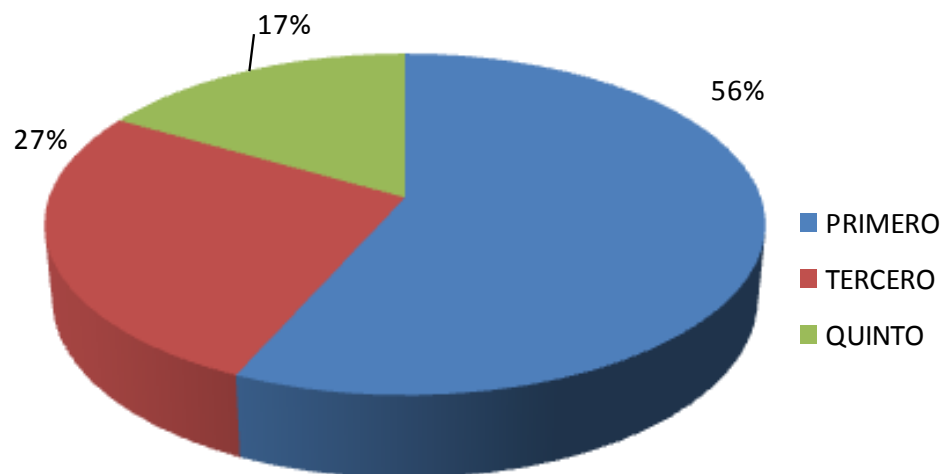


Gráfico 6. Distribución de la variable Curso. Fuente: Tabla 5.

Tabla 6. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las variables estudiadas SM y SMP.

SM	Frecuencia	%
NO CASOS	212	78,5
CASOS	58	21,5
Total	270	100,0
SMP		
Muy Buena	0	0,0
Buena	136	50,4
Media	130	48,1
Mala	4	1,5
Total	270	100,0

Fuente: González (2012).

Luego, se categorizaron las variables SM y SMP de acuerdo al punto de corte. Para SM una puntuación ≥ 6 ó 5/6 como indicativo de alteración en la salud mental y para SMP se utilizaron los rangos expuestos por Barraza y Jaik (2011), 0 a 1 muy buena; 1.1 a 2 buena; 2.1 a 3 media; y 3.1 a 4 mala.

En cuanto a la SM, los resultados indican que el 21,5% de población estudiada se ubica en la categoría casos (gráfico 7).

En la SMP, no se observaron casos en la categoría muy buena SMP, el 50,4% se ubicó en la categoría buena, el 48,1% en media y se observaron 4 casos ubicados en la categoría mala SMP (Gráfico 8).

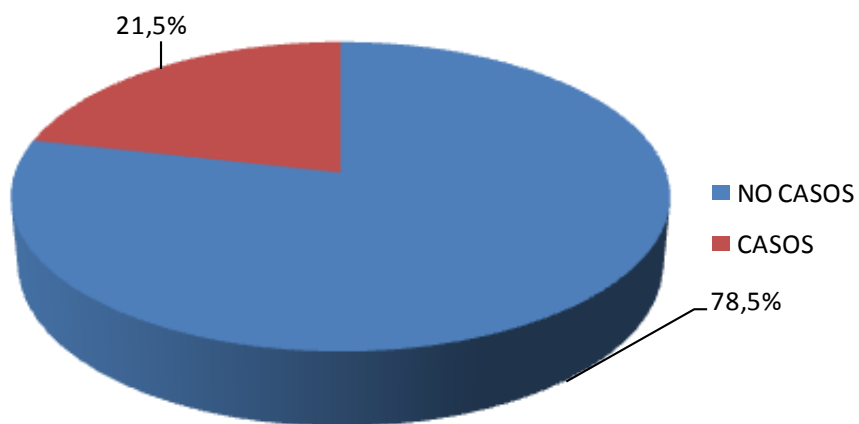


Gráfico 7. Distribución de la variable SM. Fuente: Tabla 6.

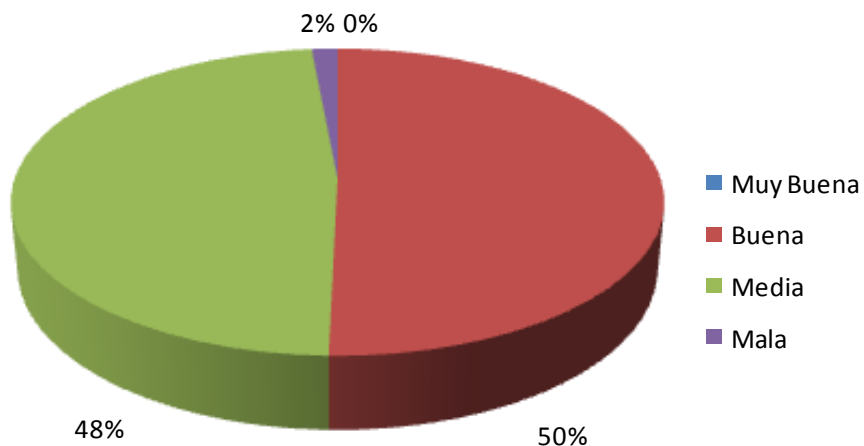


Gráfico 8. Distribución de la variable SMP. Fuente: Tabla 6.

Relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la Salud Mental

Al relacionar la variable SM con cada una de las variables independientes estudiadas, se observa en el Tabla 7 que a pesar de las diferencias observadas no se encontró que éstas fueran estadísticamente significativas, de acuerdo al valor de la χ^2 , con la variable Sexo ($\chi^2=2,3$; $p \geq 0,05$), y la variable Curso ($\chi^2=0,5$; $p \geq 0,05$), aunque existe una tendencia mayor a presentar GHQ-28 positivo en los primeros años; pero si con las variables Edad ($\chi^2=8,8$; $p \leq 0,05$) y Procedencia ($\chi^2=3,4$; $p \leq 0,05$).

El 21,5% de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Facultad de Ciencias Jurídicas Políticas objeto de estudio presentan alteración en la salud mental, de los cuales el 10,4% corresponden a alumnos entre 21 y 25 años de edad, seguidos de un 8,5% menores de 20 años y por último en un 2,6% de los estudiantes mayores de 26 años se observa alteración en la salud mental.

De igual manera, el 13% corresponden a alumnos del primer año de la carrera, seguidos de un 5,6% en tercer año y por último en un 3% de los estudiantes del quinto año de la carrera se observa alteración en la salud mental (Total 21,6%), ciertamente en el gráfico 11 se evidencia como la proporción de estudiantes con alteración en la salud mental es mayor en primer año, luego tiende a disminuir a medida que avanzan en la carrera.

Tabla 7. Relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la SM.

	SM						
	No Casos		Casos		Total		χ^2
SEXO	f	%	f	%	f	%	
Hombre	79	29,3	28	10,4	107	39,6	
Mujer	133	49,3	30	11,1	163	60,4	
Total	212	78,5	58	21,5	270	100,0	2,3 ; $p \geq 0,05$
EDAD							
Menor de 20 años	122	45,2	23	8,5	145	53,7	
Entre 21 y 25 años	59	21,9	28	10,4	87	32,2	
Mayor de 26 años	31	11,5	7	2,6	38	14,1	
Total	212	78,5	58	21,5	270	100,0	8,8 ; $p \leq 0,05$
PROCEDENCIA							
Mérida	148	54,8	33	12,2	181	67,0	
Otro	64	23,7	25	9,3	89	33,0	
Total	212	78,5	58	21,5	270	100,0	3,4 ; $p \leq 0,05$
CURSO							
Primero	118	43,7	35	13,0	153	56,7	
Tercero	57	21,1	15	5,6	72	26,7	
Quinto	37	13,7	8	3,0	45	16,7	
Total	212	78,5	58	21,5	270	100,0	0,5 ; $p \geq 0,05$

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de Goldberg (1996).

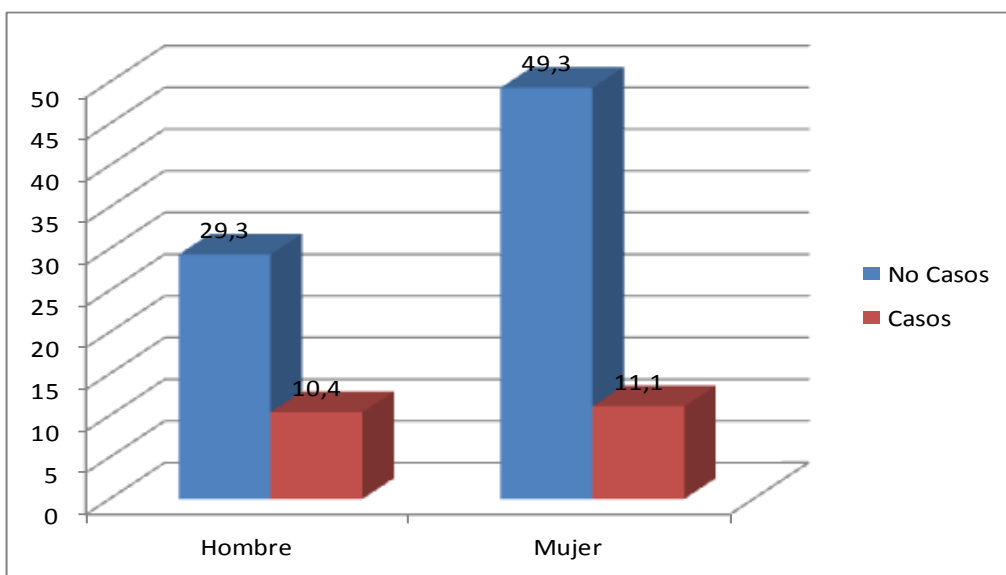


Gráfico 9. Estado de Salud mental según el Sexo de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.

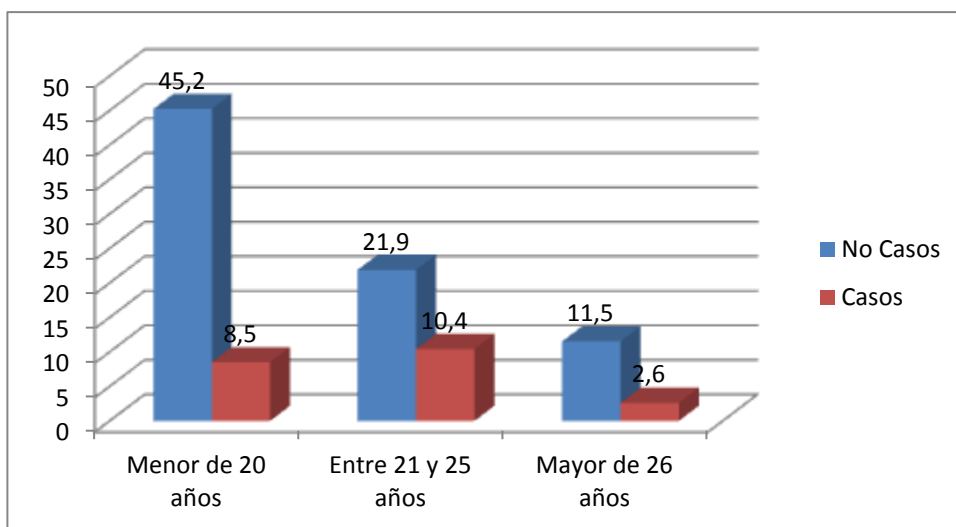


Gráfico 10. Estado de Salud mental según la Edad de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.

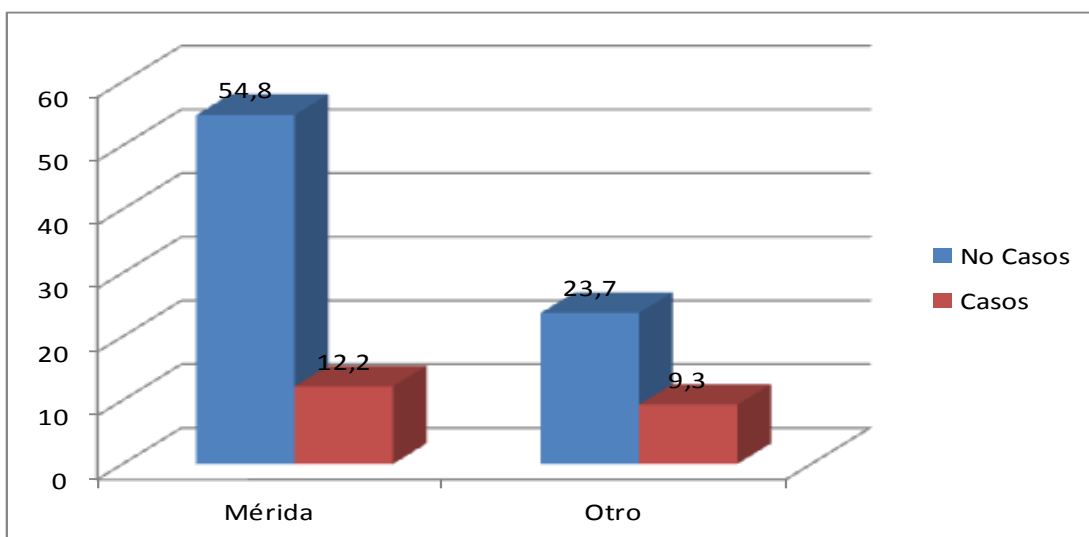


Gráfico 11. Estado de Salud mental según la Procedencia de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.

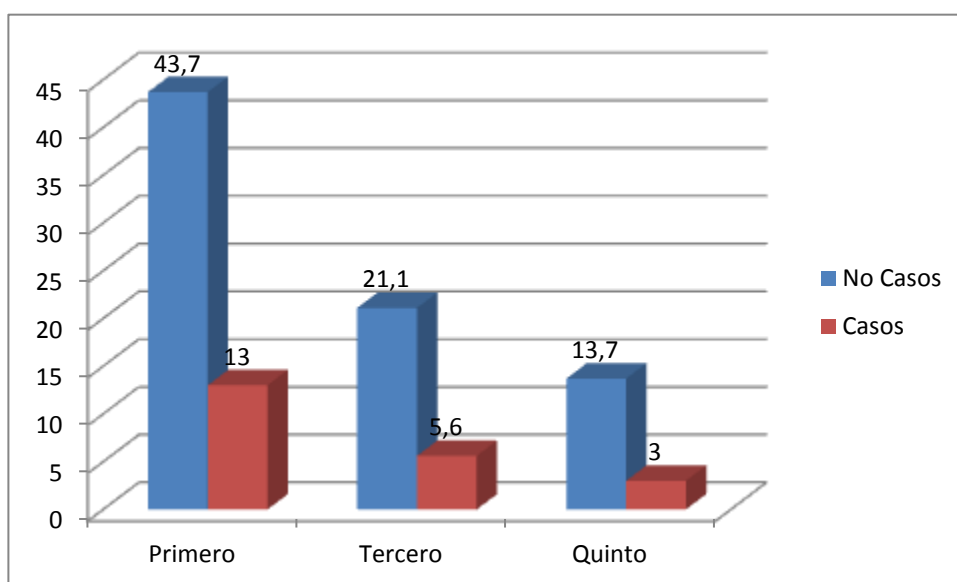


Gráfico 12. Estado de Salud mental de los estudiantes del primero, tercer y quinto año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 7.

IV.2 DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE CURSO CON LA SALUD MENTAL POSITIVA

Según Lluch (1999), la Salud Mental Positiva, es un estado de bienestar que está determinado por la presencia de: Satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal. Por tal razón de acuerdo a los objetivos planteados, los resultados de la investigación se organizaron en función de las características sociodemográficas (Edad, Sexo y Procedencia), académicas (Curso) y posteriormente se analizan los criterios de salud mental positiva.

Al relacionar la variable SMP con cada una de las variables independientes estudiadas, tal como se aprecia en la Tabla 8, que no establece relación significativa de acuerdo a los valores obtenidos en la prueba χ^2 con la variable Sexo ($\chi^2= 1,7$; $p \geq 0,05$), y la variable Procedencia ($\chi^2=4,6$; $p \geq 0,05$), pero si con las variables Edad ($\chi^2= 29,0$; $p \leq 0,01$) y Curso ($\chi^2= 134,7$; $p \leq 0,01$).

Se observa que un 0,7% de los estudiantes que presentan un nivel malo de SMP, son mujeres. De igual manera se aprecia que los jóvenes menores de 20 años presentan niveles medios y malos en SMP. Se observa que los

niveles de buena SMP, se van incrementando con la edad. No se aprecian diferencias en los grupos de acuerdo al lugar de procedencia. El 12,2% de niveles buenos de SMP corresponde a los alumnos del primer año de la carrera, incrementándose en el segundo año para disminuir nuevamente al final de la misma.

Tabla 8. Relación entre las variables Edad, Sexo, Procedencia y Año de Curso con la SMP.

	SMP						Total		χ^2
	Buena		Media		Mala				
SEXO	f	%	f	%	f	%	f	%	
Hombre	59	21,9	48	17,8	0	0,0	107	39,6	
Mujer	82	30,4	79	29,3	2	0,7	163	60,4	
Total	141	52,2	127	47,0	2	0,7	270	100,0	1,7 ; $p \geq 0,05$
EDAD									
Menor de 20 años	55	20,4	88	32,6	2	0,7	145	53,7	
Entre 21 y 25 años	64	45,2	23	8,5	0	0,0	87	32,2	
Mayor de 26 años	22	8,1	16	5,9	0	0,0	38	14,1	
Total	141	52,2	127	47,0	2	0,7	270	100,0	29,0; $p \leq 0,01$
PROCEDENCIA									
Mérida	98	36,3	83	30,7	0	0,0	181	67,0	
Otro	43	15,9	44	16,3	2	0,7	89	33,0	
Total	141	52,2	127	47,0	2	0,7	270	100,0	4,6 ; $p \geq 0,05$
CURSO									
Primero	33	12,2	118	43,7	2	0,7	153	56,7	
Tercero	63	23,3	9	3,3	0	0,0	72	26,7	
Quinto	45	16,7	0	0,0	0	0,0	45	16,7	
Total	141	52,2	127	47,0	2	0,7	270	100,0	134,7 ; $p \leq 0,01$

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de Lluch (1999).

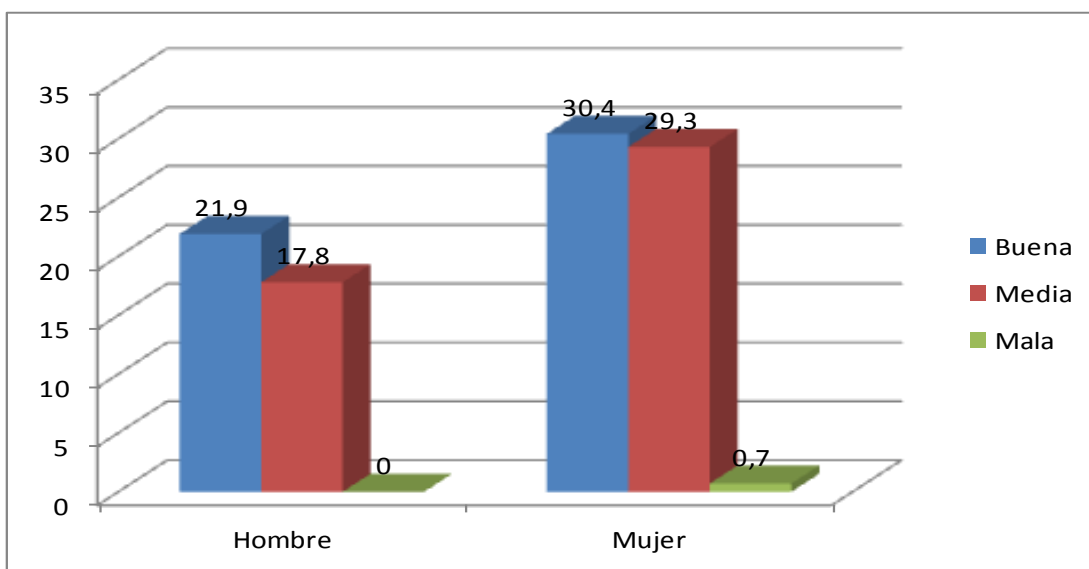


Gráfico 13. Estado de Salud Mental Positiva según el Sexo de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.

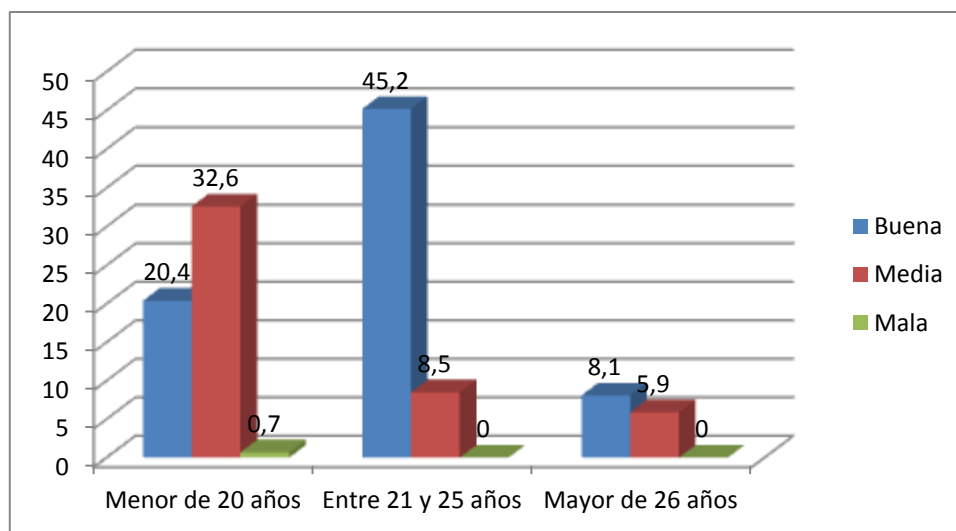


Gráfico 14. Estado de Salud Mental Positiva según la Edad de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.

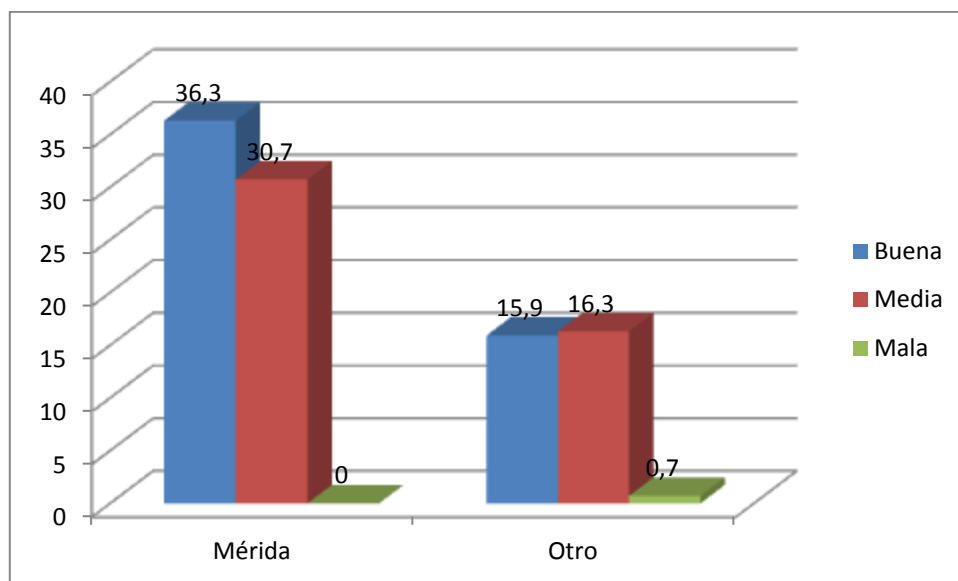


Gráfico 15. Estado de Salud Mental Positiva según la Procedencia de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.

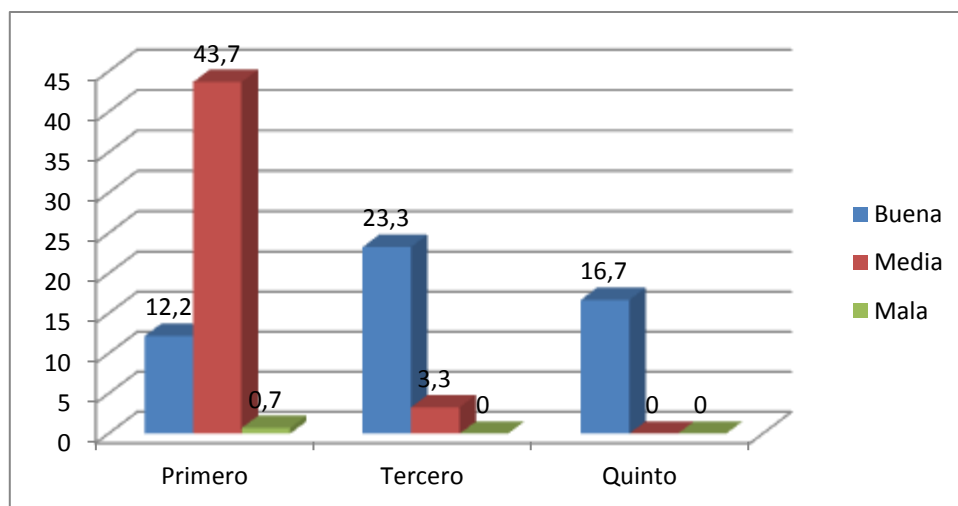


Gráfico 16. Estado de Salud Mental Positiva de los estudiantes del primero, tercer y quinto año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 8.

IV.3 RELACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA

Tabla 9. Relación entre las variables SM y SMP.

	SMP						Total		χ^2
	Buena		Media		Mala				
SM	f	%	f	%	f	%	f	%	
No Casos	120	44,4	90	33,3	2	,7	212	78,5	
Casos	21	7,8	37	13,7	0	0,0	58	21,5	
Total	141	52,2	127	47,0	2	0,7	270	100,0	8,5 ; $p \leq 0,05$

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de Luch (1999).

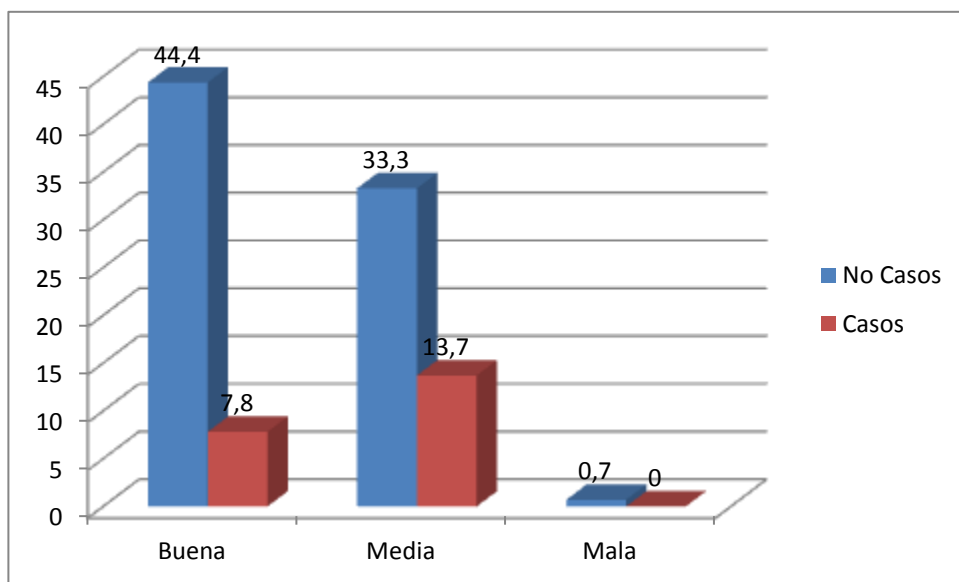


Gráfico 17. Estado de Salud Mental y Salud Mental Positiva de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 9.

Al establecer la relación entre las variables SM y SMP, se observa que existe relación estadísticamente significativa ($X^2 = 8,5$; $p \leq 0,05$), entre ambas variables, encontrando que el 13,7% de los casos positivos de SM se ubican en SMP media, mientras que un 7,8% en SMP buena, no se observaron casos de SMP en la categoría muy buena (Tabla 9, Gráfico 17).

Incidencia de los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave en la salud mental de los estudiantes de Ciencias Políticas.

Tabla 10. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las categorías de la variable SM.

SINTOMAS SOMATICOS	Frecuencia	%
NO CASOS	268	99,3
CASOS	2	,7
ANSIEDAD E INSOMNIO		
NO CASOS	259	95,9
CASOS	11	4,1
DISFUNCION SOCIAL		
NO CASOS	265	98,1
CASOS	5	1,9
DEPRESION GRAVE		
NO CASOS	265	98,1
CASOS	5	1,9
Total	270	100,0

Fuente: González (2012).

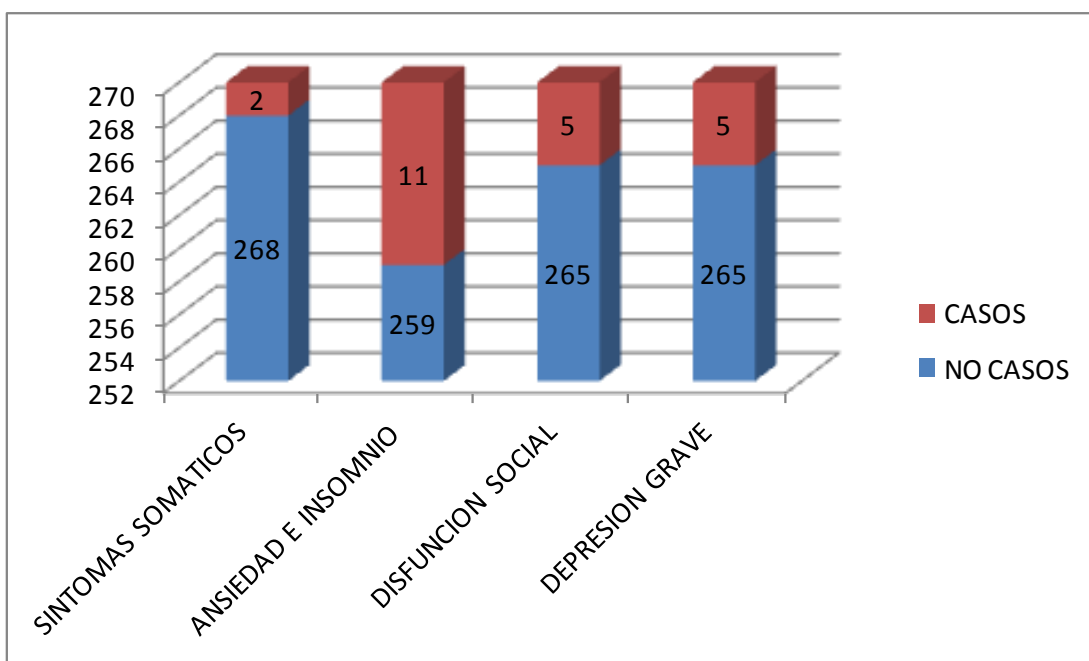


Gráfico 18. Estado de Salud Mental de acuerdo a los factores de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 10.

En relación con la satisfacción personal se observó que la mayor parte de los estudiantes se encontraba en el nivel de Buena satisfacción (45,6%), sin embargo en segundo lugar se ubica la categoría Mala con un porcentaje del 43,3%. Respecto a la actividad prosocial, se encontró que los jóvenes se reportaron media dedicación a actividades dirigidas al bien de otro (73,7%), seguido del nivel muy bueno de actividad prosocial (19,3%).

Respecto del autocontrol, casi la totalidad de la muestra reportó un nivel bueno de sensación de control de la propia conducta (67%), y en un número bastante reducido de casos se reportaron puntajes medios en este factor (2,6%). En cuanto a la autonomía, se evidenció que en mayor proporción los jóvenes se consideraban con buena autonomía (41,5%) o en un nivel medio de autonomía (30,4%). Acerca de la solución de problemas, se reportó un nivel bueno en el 57,4% de los casos, seguido del nivel medio de solución de problemas con un 40,7%. Finalmente, en el factor asociado con la habilidad en relaciones interpersonales, al menos el 90% de la muestra reportó tener un nivel bueno o medio (Tabla 10, Gráfico 18).

Incidencia de la satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualizaciones, habilidades de relación interpersonal en la salud mental positiva de los estudiantes de Ciencias Políticas.

Tabla 11. Frecuencias y Porcentajes obtenidos en las categorías de la variable SMP.

SATISFACCIÓN PERSONAL	Frecuencia	%
Buena	123	45,6
Media	30	11,1
Mala	117	43,3
Total	270	100,0
ACTITUD PROSOCIAL		
Muy Buena	52	19,3
Buena	199	73,7
Media	19	7,0
Total	270	100,0

AUTOCONTROL		
Muy Buena	82	30,4
Buena	181	67,0
Media	7	2,6
Total	270	100,0
AUTONOMÍA		
Muy Buena	76	28,1
Buena	112	41,5
Media	82	30,4
Total	270	100,0
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN		
Buena	155	57,4
Media	110	40,7
Mala	5	1,9
Total	270	100,0
HABILIDADES DE RELACIÓN INTERPERSONAL		
Muy Buena	3	1,1
Buena	109	40,4
Media	137	50,7
Mala	21	7,8
Total	270	100,0

Fuente: González (2012).

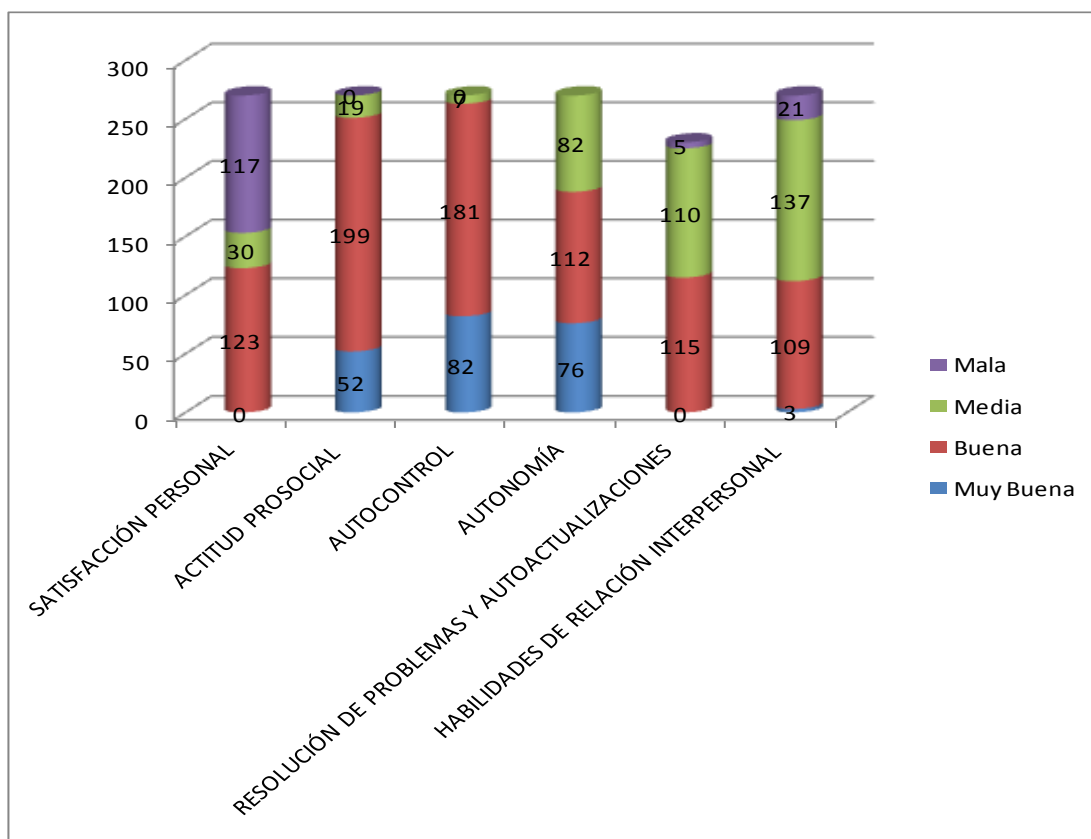


Gráfico 19. Estado de Salud Mental Positiva de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, periodo 2010. Fuente: Tabla 11.

En cuanto a los indicadores que definen la variable SMP, se encontró que el 45,6% de los estudiantes presentan buena satisfacción personal, sin embargo el 43,3% de los estudiantes se ubican en una mala satisfacción personal. En actitud prosocial, el 73,7% se ubica en la categoría buena y para el 19,3% en muy buena actitud. En autocontrol el 67% se ubica en la categoría buena y el 30,4% en muy buena; mientras que en autonomía, el 41,5% se ubica en buena y el 30,4% en media, el 28,1% en muy buena. En ninguno de estos tres factores los estudiantes se ubicaron en la categoría mala.

En el factor resolución de problemas y autoactualización, el 57,4% de los estudiantes se ubica en la categoría buena, mientras que el 40,7% en media, en habilidades de relación interpersonal, el 50,7% también se ubicó en media, el 40,4% en buena, aunque un 7,8% en mala (Tabla 11, Gráfico 19).

CAPITULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

V.1 ESTADO DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES SEGÚN SU EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS POLÍTICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

La presente investigación se planteó, en primer lugar, el propósito de evaluar la SM en estudiantes universitarios de Primer, Tercero y Quinto Año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, y su relación con variables tales como Edad, Sexo, Procedencia y Año de la carrera. Es necesario acotar que los trastornos de la psiquis son determinantes en el actuar de cualquier persona y más aún si está expuesta a un trabajo intelectual diario e intenso como lo es el estudio universitario.

En cuanto a la SM, los resultados indican que el 21,5% de población estudiada de estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, se ubica en la categoría casos, los resultados coinciden en proporción aunque un poco más bajo a los de Pereira (2011), en su estudio con igual opción de calificación con punto de corte >5 , encontró una incidencia de 24,1% de casos, aunque no comparó con sexo.

De igual manera, nuestros resultados se encuentran por debajo de los encontrados por Al Nakeeb y colaboradores (2009), en estudiantes de último curso de diferentes carreras universitarias: Medicina, Ingeniería Informática y Filosofía y Letras, obtuvieron en el test de Salud Mental de Golberg GHQ-28 los siguientes resultados: el 46,0% de los estudiantes de Ingeniería Informática y el 31,7% de los estudiantes de Filosofía y Letras; en Medicina el porcentaje fue inferior al nuestro el 14,7% presentaban alteraciones en la salud mental.

La distribución por sexos tampoco se asemeja a los estudios anteriores, no demostrándose diferencias significativas entre ambos sexos, mientras que previamente era más probable presentar un GHQ-28 positivo en mujeres (Alonso, Delgado, Escudier, et al., 2000). La matrícula de estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes en esta área es mayormente del sexo femenino, por lo que fue en este grupo donde se hallaron más casos. Las mujeres en este país, desde edades tempranas, tienen grandes responsabilidades dado a que la maternidad les llega generalmente antes de los 20 años, además de que muchas son cabeza de familia y en ellas recaen las funciones de esta.

La programación existente para la carrera de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, le permite al estudiante abordar con éxito las

asignaturas que se imparten en la universidad y superar sin dificultad las etapas de los nuevos conocimientos, pues le ofrece horarios matutinos y vespertinos, lo que ha permitido que todos los interesados en estudiar en la Escuela de Ciencias Políticas se integren, por lo que aparece una amplia gama de edades en estos estudiantes; a pesar de que los casos predominaron por encima de 21 años no puede afirmarse que edades menores no tengan este problema. Generalmente se define al estudiante universitario como un joven cuya condición cronológica va desde los 15 hasta los 24 o 29 años de edad (Tineo, 2002).

Es importante destacar la connotación que ser “joven” representa en la actualidad, de acuerdo con Casanova (CNU-OPSU-NUDIDE, 1999), para quien los jóvenes enfrentan un escenario marcado por la crisis, no sólo económico sino sobre todo, la crisis del modelo de modernización que permitió a las generaciones anteriores acceder a la formación educativa profesional y con ella al bienestar económico. La juventud hoy día muestra un alto índice de deserción escolar y desempleo, y la que puede incorporarse a la educación superior se encuentra con la devolución social de las profesiones, ayer prestigiosas, además de la frustración económica como jóvenes profesionales. Es en este contexto donde se sitúa el estudiante universitario venezolano.

La proporción de estudiantes con alteración en SM es mayor en el primer año, pero tiende a disminuir a mitad de la carrera hasta al final de la misma. No obstante, las diferencias en los tres años de la carrera en cuanto a SM no son significativas.

V.2 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD, SEXO, PROCEDENCIA Y AÑO DE CURSO CON LA SALUD MENTAL POSITIVA

Al relacionar la variable SMP con cada una de las variables independientes estudiadas, se observa que no establece relación significativa de acuerdo al valor de la χ^2 , con la variable Sexo y la variable Procedencia, pero si con las variables Edad y Curso. De acuerdo con los resultados, el 50% de los estudiantes de Ciencias Jurídicas y Políticas perciben que tienen un buen nivel de salud mental positiva, mientras que el otro 50% se encuentra entre un nivel medio (48.1%) y nivel malo (1.5%), no encontrándose ningún estudiante en la categoría muy buena SMP. Al relacionarla con los factores, se encuentran niveles buenos de SMP en aspectos como la satisfacción personal (45,6%), actitud prosocial (73,3%), autocontrol (67%), resolución de problemas y autoactualización (57,4%); y niveles medio en autonomía (30,4%) y habilidades de relación interpersonal (50,7). No obstante, se observan niveles malos en los factores satisfacción personal (43,3%), Resolución de problemas y autoactualización (1,9%) y habilidades y relación

interpersonal (7,8%). Al discriminar por factores la SMP si se ubicaron sujetos en la categoría muy buena, en los factores actitud prosocial (19,3%), autocontrol (30,4%), autonomía (28,1%) y en habilidades y relación interpersonal (1,1%). Específicamente, respecto a la actividad prosocial, se evidenció que se ven a sí mismos como frecuentemente dedicados a dar soporte social o a realizar actividades en pro del beneficio de otras personas.

Este criterio está relacionado con el autoconcepto, la satisfacción con la vida personal y la satisfacción con las perspectivas de futuro.

En este sentido, Park (2004) plantea que la satisfacción con la vida “desempeña un papel importante en el desarrollo positivo como un indicador, predictor, mediador / moderador, y una consecuencia”.

Referido al autocontrol, éste y otros estudios muestran cómo el joven cree que tiene el control total sobre sus actos, y que si los adultos se lo permitieran, podría manejar su vida, ya que como se presenta en los resultados, el grupo de jóvenes incluidos en el estudio perciben que son capaces de manejar su vida solos, sin la intervención de sus padres, maestros y profesionales (Londoño, 2009).

Como parte de los factores que denotan un buen nivel de desarrollo de la salud positiva en el grupo de estudiantes de Ciencias Políticas incluido en el estudio, se encuentra el autocontrol, que en un buen número de casos es

alto. Se observa que los estudiantes que presentan un nivel malo de SMP, son mujeres. De igual manera se aprecia que los jóvenes menores de 20 años presentan niveles medios y malos en SMP. Se observa que los niveles de buena SMP, se va incrementando con la edad. No se aprecian diferencias en los grupos de acuerdo al lugar de procedencia. El menor porcentaje de niveles buenos de SMP corresponde a los alumnos del primer año de la carrera, incrementándose en el tercer año y manteniéndose al final de la misma.

Como parte de los factores que denotan un buen nivel de desarrollo de la SMP en el grupo de estudiantes de Ciencias Políticas incluido en el estudio, se encuentra un nivel adecuado de autocontrol, que en un buen número de casos es alto.

V.3 RELACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL Y SALUD MENTAL POSITIVA

Los resultados obtenidos en el cruce entre las variables SM y SMP manifiestan una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Es necesario acotar lo planteado por Vázquez y Hervás (2008), quienes señalan acertadamente que el bienestar y el malestar, y más en general, la salud y la enfermedad, son dimensiones hasta cierto punto independientes entre ambas. Es decir, conseguir reducir los síntomas de una

enfermedad y su malestar no implica automáticamente conseguir el bienestar. Para estos autores, una persona que sufre una profunda depresión puede recibir medicación y atemperar los síntomas, pero quizás siga sintiéndose desdichada. La baja autoestima puede ser un factor de base.

Estar bien no es solo dejar de estar mal. En palabras de Vázquez y Hervás (2008): “La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad” (p.22).

De igual manera, según Moodie y Jenkins (2005):

La promoción de salud mental no sólo refuerza la salud mental positiva, sino que también contribuye a la reducción de conductas de riesgo como el abuso en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el sexo inseguro; la reducción de los problemas sociales y económicos como la deserción escolar, el crimen, el ausentismo laboral y la violencia de pareja; y la reducción de los dramáticos índices de mortalidad y de enfermedad física y mental (p.37).

De esta forma, se puede inferir una fortaleza más que favorece la salud mental positiva de los estudiantes universitarios.

La teoría señala la existencia de diferencias en la salud mental de hombres y mujeres, planteando incluso, como lo expone la OMS que “hasta el

momento, el género podría ser un poderoso determinante de la salud que interactúa con otros determinantes tales como edad, estructura familiar, educación, ocupación, ingresos y apoyo social” (OMS, 2001, p. 12). Al respecto, los resultados muestran leves diferencias, en cuanto a los criterios de salud mental positiva presentes en hombre y mujeres estudiantes universitarios de Primer, Tercero y Quinto Año de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los objetivos planteados se concluye:

1. Describir el estado de la Salud Mental en estudiantes de Ciencias Políticas según su Edad, Sexo, Procedencia y Año de la carrera.

Los resultados indican que en los estudiantes de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela hay un porcentaje de alumnos con alteración de la salud mental (GHQ-28 positivo en 21,5%) equiparado al observado en estudios anteriores. En relación al Sexo no se asemeja a los estudios anteriores, no demostrándose diferencias significativas entre ambos sexos, mientras que previamente era más probable presentar un GHQ-28 positivo en mujeres. Pero si se presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la Edad y Procedencia ubicándose la mayoría de los casos en la población entre 21 y 25 años, y en la que proviene de la ciudad de Mérida.

La proporción de estudiantes con alteración en SM es mayor en el primer año, pero tiende a disminuir a mitad de la carrera hasta al final de la misma. No obstante, las diferencias en los tres años de la carrera en cuanto a SM no son significativas. Más de una quinta parte de los estudiantes, objetos de estudio, presentan alteraciones en la salud mental.

2. Describir el estado de la Salud Mental Positiva en estudiantes de Ciencias Políticas, según Edad, Sexo, Procedencia y Año de la carrera.

Al relacionar la variable SMP con cada una de las variables independientes estudiadas, se observa que no establece relación significativa de acuerdo al valor de la χ^2 , con la variable Sexo y la variable Procedencia, pero si con las variables Edad y Curso. De acuerdo con los resultados, el 50% de los estudiantes de Ciencias Jurídicas y Políticas perciben que tienen un buen nivel de SMP, mientras que el otro 50% se encuentra entre un nivel medio (48.1%) y nivel malo (1.5%), no encontrándose ningún estudiante en la categoría muy buena SMP.

Se observa que los estudiantes que presentan un nivel malo de SMP, son mujeres. De igual manera se aprecia que los jóvenes menores de 20 años presentan niveles medios y malos en SMP. Se observa que los niveles de buena SMP se van incrementando con la edad, encontrándose los mejores niveles entre los 21 y 25 años de edad. No se aprecian diferencias en los grupos de acuerdo al lugar de procedencia. El menor porcentaje de niveles buenos de SMP corresponde a los alumnos del primer año de la carrera, incrementándose en el tercer año hasta el final de la misma.

Se destacan ítems con valores de SMP muy buena/buena que están referidos a los factores como la actitud prosocial, autocontrol y autonomía, y

por el contrario, los que tienen puntuaciones más cercanas al límite de la SMP media, que están referidos a la resolución de problemas y autoactualización, habilidades de relación interpersonal y la satisfacción personal, encontrándose en este último niveles malos de SMP (43,3%), así como en los factores resolución de problemas y autoactualización (1,9%) y habilidades y relación interpersonal (7,8%).

3. Determinar la relación entre la Salud Mental y Salud Mental Positiva.

Los resultados obtenidos en el cruce entre las variables SM y SMP manifiestan una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Ante esto se recomienda a las autoridades universitarias el fortalecimiento de la oficina recién creada de atención al estudiante en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la ULA, para que dentro de sus actividades se incluya la SMP con un equipo multidisciplinario y sirva de modelo piloto para el resto de la universidad y se proyecte a otras universidades.

Para el equipo multidisciplinario se cuenta con los profesionales en el área de salud y otras áreas (economía, derecho, sociales, educación), que conforman el staff de egresados del Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis; así como de los profesionales y expertos que imparten el Doctorado desde la Universidad Autónoma de Madrid.

Es importante destacar que el aunar esfuerzos en la mejora de la SMP en los estudiantes permitirá utilizar de manera eficaz y eficiente los recursos que el Estado venezolano asigna a las universidades por cada estudiante (costo promedio por estudiante alrededor de los 10 mil dólares, Plandes, 2012). De igual manera, la inversión que realiza la familia y cada estudiante.

Instamos a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas en pro de la Salud Mental Positiva de los jóvenes:

- Crear patrones de intervención temprana a lo largo de todo el sistema educativo;
- Desarrollar programas para impulsar las habilidades parentales y docentes;
- Fomentar la formación en SM y SMP, entre los profesionales de la salud, educación y otros sectores relevantes.

BIBLIOGRAFÍA

Al Nakeeb, Z., Alcázar Palomares, J., Fernández Jiménez-Ortiz, H., Malagón Caussade, F., Molina Gil, B. (2009) **Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios**. En [http://www.ehu.es/ehusfera/textosparauncolegio mayor/2009/02/25/evaluación- del- estado -de -salud- mental en estudiantes-universitarios/](http://www.ehu.es/ehusfera/textosparauncolegio%20mayor/2009/02/25/evaluaci3n-del-estado-de-salud-mental-en-estudiantes-universitarios/)

Albanesi, S, Tifner, S. y Nasetta, J. (2006) **Burnout en el colectivo docente**. Revista de la Asociación Odontológica Argentina, 93 (2), 125-130.

Alejano, A., Almoguera, J., Arranz, E., Barbero, P., Gutiérrez, B., Herrera, I., y López-Botet, B. (1998) **Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios**: [www. psicologia-positiva. com/Psicologiapos. pdf`](http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf).

Alonso Palacio, L. M., Murcia Gandara, G., Murcia Gandara, J., Herrera Pertuz, D., Gómez Guzmán, D., Comas Vargas, M., y otros. (2007). **Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia)**. Revista Salud Uninorte Barranquilla .

Alonso, C., Delgado, V., Escudier, J., et al. (2000) **Evaluación del estado de salud mental en estudiantes de Medicina y su relación con factores académicos**». XIII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM.

Amar, J.; Palacio, J.; Llinás, H.; Puerta, L.; Sierra, E.; Pérez, A. y Velásquez, B. (2008) **Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo**. Suma Psicológica, Vol. 15 N° 2. Septiembre de 2008, 385-403.

Amézquita M, González P. y Zuluaga M. (2003). **Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000**. Revista Colombiana de Psiquiatría , vol. XXXII / No. 4.

Arceo, G., Castillo, R. y Iuit, J. (2006) **Promoción y difusión de la salud mental positiva dentro del medio universitario a través de un sitio web.** Memorias del Primer Encuentro Virtual Internacional de Psicólogos Navegantes. Boletín Electrónico de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, Número 3. P. 137-140.

Arias, C., (2011). **La Sensibilidad Emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de Ayuda Psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis.** Universidad de Los Andes. **Intervenciones Terapéuticas.** Trabajo para optar al grado de Doctor. Universidad Autónoma de Madrid.

Avia, M., y Vázquez, C. (1998). **Optimismo Inteligente.** Madrid: Alianza Editorial.

Ayerbe, L., Díaz, T., Santa-María Morales, A., et al. (1998) **Salud mental en estudiantes de Medicina.** XI Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM.

Báez P, Deckers P, Silva M, y Gómez R. (2003). **Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la Pontificia Universidad Javeriana.** Universitas Psychologica , 89-94.

Banda C, Morales Z, González B, y Valenzuela M. (2009). **Calidad de vida relacionada con la salud.** Revista Estilos de Aprendizaje.

Banda, A. y Morales, M. (2012) **Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios.** Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. 17, Num. 1: 29-43 enero-junio.

Barreto, A. (1994). **Un movimiento integrado de salud mental comunitaria en Fortaleza, Brasil.** Bol Oficina Sanit Panam. , 453-465.

Bermejo, R., García, M.O., García, A.M^a, et al. (2000) **Estudio del estado de salud mental en estudiantes universitarios.** XIII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM.

Biswas-Diener, R. y Diener, E. (2001). **Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slum of Calcuta.** Social Indicators Research, 55, 329-352.

Bognar, G. (2005). The **concept of quality of life**. Social Theory and Practice, 31(4), 561-580.

Boladeras, C. (2000) **Calidad de vida y principios bioéticos**. En: Colección Bíos y Ethos, editor. Bioética y Calidad de Vida. Bogotá, D.C: Ediciones El Bosque. P. 21-54.

Bramston, P., Chipuer, H. y Pret, G. (2005). **Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration**. Journal of Intellectual Disability Research, 49(10), 728-733.

Bronfenbrenner, U. (1987). **La ecología del desarrollo humano**. Madrid: Paidós.

Calvo G, Sánchez P. y Tejada, P. (2003). **Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios**. Revista de Salud Pública .

Campo A, Díaz M, Rueda J, y Barros, J. (2005). **Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga**, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría.

Cardona, D. y Agudelo, H. (2007) **Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín**. Rev. Salud pública. 9 (4):511-549.

Carreras, LL. y otros (1999). **Cómo educar en valores**. Madrid, España: Narcea, S.A. de Ediciones.

Caruana Vaño, A., Martínez Muro, E., Reig Ferrer, A., et al. (1999) **Evaluación del estrés en estudiantes de Medicina**. Ansiedad y Estrés. 5 (1): 79-97.

CNU-OPSU-NUDIDE (1999) **Informe preliminar cohorte 1998**. Comisión Nacional Investigación Perfil del Estudiante Universitario.

Cova, F., Alvial S., Aro D., Bonifetti D., A., Hernández M., y Rodríguez C. (2007). **Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción**. Terapia Psicológica , 105-112.

Cummins, R.A. (2005). **Moving from the quality concept to a theory**. Journal of Intellectual Disability Research, 49(10), 699-706.

Czernik, G., Almirón, L., Jiménez, S. y Mora, M. (2005). **Resultados de una encuesta de evaluación de ansiedad en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste en el año 2004**. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, Resumen: M-117.

Davidoff, L. (1989) **Introducción a la Psicología**. México D.F.: Mcgraw-Hill.

De Zubiria, M. (2007) **La Afectividad Humana: sus remotos orígenes, sus instrumentos y operaciones, como medirla con escalas y afectogramas**. Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual.

Díaz, F. y Hernández, G. (1998). **Estrategias docentes para una aprendizaje significativo**. México D.F., México: McGraw-Hill.

DiCaprio, N. (1989) **Teorías de la personalidad**. México D.F.: Mcgraw-Hill.

Diener, E. (1984). **Subjective well-being**. Pchychological Bulletin, 95, 542-575.

Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2002). **Will money increase subjective well-being?** Social Indicators Research, 57, 119-169.

Diener, E., Oishi, S. y Lucas, E. (2003). **Personality, culture, and subjective wellbeing**. Annual Review of Psychology, 54, 403-425.

Domínguez M., Batista F., Tôrres, B., Vera, J., Becerra, M. y Domínguez R., (2006). **Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(2), 301-308.

Escobar, M. y Gallo, R. (2003) **Factores curriculares relacionados con las actitudes hacia la promoción de la salud en estudiantes de medicina**. Manizales: Centro Editorial Universidad de Caldas.

Espinosa, O. (1999) **Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina**. Rev Contribuciones de la Fundación Konrad Adenauer de Alemania y el CIEDLA;63(3):119-48.

European Fundation for the improvement of living and working conditions (2005). **Quality of life in Europe**. Alemania: Publications Office;.

Felce, D. y Perry, J. (1995). **Quality of life: it's definition and measurement**. Research in Development Disabilities, 16(1), 51-74.

Feldman, L. Goncalves, L. Chacón, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y De Paulo J. (2008) **Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos**. Universitas Psychologica, Vol 7, No 3.

Feldman, L. y Saputi, D. (2007) **Roles múltiples, cualidad del rol, apoyo social y salud en mujeres trabajadoras**. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, dic., vol.12, no.29, p.91-116. ISSN 1316-3701.

Fierro-Hernández, C., y Jiménez Rodríguez, J. (2002). **Bienestar, variables personales y afrontamiento en jóvenes universitarios**. Escritos de psicología , 6:85-91.

Fisher, S. (1984). **Stress and percetion of control**. London: Lawrence Erlbaum.

Fisher, S. (1986). **Mental assembly line.Society for research into Higher education**.

Frick, Willard B. (1973) **Psicología humanística**. Buenos Aires: Guadalupe.

Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., y otros. (2006). **Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios**. Revista de psiquiatría clínica. , 22-30.

Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M. (2000). **Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psico-sociales del enfermar**. Anales de Psicología, 16, 157-166.

Galli S, Feijóo L., Roig R, y Romero E. (2002). **Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia**. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Hered , 19-25.

García, C. (1999). **Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg**. Adaptación cubana. Rev Cubana Med Gen Integr , 88-97.

García, J., Espino, A., y Lara, L. (1998). **La psiquiaría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de Salud Mental**. Madrid: Díaz de Santos.

Gibson, J. et al. (1985). **Organizaciones, conducta, estructura y proceso**. México: Edit. Interamericana.

Goldberg D, Huxley P. (1990). **Enfermedad mental en la comunidad**. Madrid: Nieva,

Goldberg, D., Williams, P. (1996) **Cuestionario de salud general (GHQ)**. Ed. Masson..

Gómez V, (2008). **Factores Psicosociales del Trabajo y su Relación con la Salud Percibida y la Tensión Arterial: Un Estudio con Maestros Escolares en Bogotá, Colombia**. Cienc Trab. Oct-Dic; 10 (30): 132-137).

González F, García, G., Medina M. y Sánchez, M. (1998). **Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios**. Salud Mental , 1-9.

González R, y Hernández, R. L. (2007). **Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México**. Anales de psicología , 253-257.

González Tirados, R. (1991) **Los recursos humanos en las Universidades y su relación con la calidad de la enseñanza**- En Actas del I Congreso Internacional sobre la calidad de la enseñanza universitaria. Cádiz, ICE.

González, M., Díaz, M., Ortiz, L., González, F., y González, N. (2000). **Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México**. Salud Mental, 21-30.

Gordillo, M^a. (1988) **La satisfacción profesional del profesorado: Consecuencias para la orientación educativa**. En VILLA, A. (Coord.) Perspectivas y problemas de la función docente. II Congreso Mundial Vasco. Madrid: Narcea, pp. 259-266.

Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M. y Caballero, H. (2000) **Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios**. Universidad Simón Bolívar (Venezuela). Psicología Conductual, Vol. 8, N°1, pp. 57-11.

Haviland J. (Eds.) **Handbook of emotions** (pp. 404-415). New York: Guilford Press.

Haviland, J. (Eds.): **Handbook of emotions** (pp. 404-415). New York: Guilford Press.

Heinze, G.; Vargas, B. y Cortes, J. (2008) **Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM**. Salud Ment [online]., vol.31, n.5 [citado 2012-02-25], pp. 343-350 . Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0185-3325.

Hernández, J., Guevara, C., García, M, y Tascón, J. (2006). **Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: Características y percepciones**. Universidad del Valle, 2003. Colombia Médica , 31-38.

Hollander, E. (1968). **Principios y Métodos de la Psicología Social**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Jahoda, M. (1958). **Conceptos actuales de salud mental positiva**. Nueva York: Libros Básicos.

Jaik Dipp, A., Villanueva, R. y Tena, J. (2011). **Síndrome de Burnout y Salud Mental Positiva en los docentes de posgrado**. México: Instituto Universitario Anglo Español, Red Durango de Investigadores Educativos A. C.

Jiménez, A. y Gaviria, E. (2009). **Psicología social**. Madrid. Mc Graw Hill.

Kaplan, G. (1993). **Aspectos preventivos en Salud Mental**. Barcelona: Paidós.

Kleinman, A. (1999). **Violencia social: Interrogantes de investigación sobre experiencias locales y respuestas globales**. Archivos de Psiquiatría General , 978-979.

Lluch, M. (1999). **Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva**. Tesis Doctoral . Barcelona, España.

Lluch, M. (2002). **Evaluación empírica de un modelo conceptual de Salud Mental Positiva**. Salud Mental , 42-55.

Londoño, C. (2009) **Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria**. Acta Colombiana de Psicología 12 (1): 95-107, 2009. Universidad Católica de Colombia

López, F. (1999) **Cómo promover la conducta prosocial y altruista**, en Pérez, E. y Mestre, M. (coords.), Psicología moral y crecimiento personal, Ariel, Barcelona, pp. 211-225.

Lu, L. (1995). **The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan**. The Journal of Social Psychology, 135, 351-357.

Lugones, B. (2002) **Algunas consideraciones sobre la calidad de vida**. Rev Cubana Med Gen Integr;18(4): 287-289.

Marín A., Sosa R, Vivanco, D., Aristizábal, N., Berrio, M. y Vinaccia, S. (2005). **Factores culturales que privan de sueño y causan somnolencia excesiva en estudiantes universitarios: un estudio piloto**. Psicología y Salud , 57-68.

Maslow, A. (1954) **Motivación y personalidad**. Barcelona: Sagitario.

Moñivas, A. (1996). **La conducta prosocial**. Cuadernos de Trabajo Social, 9, 125-142

Mora R, y Natera, G. (2001). **Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México**. Salud pública Méx , pp. 89-96.

Mora-Ríos, J., Natera, G., y Juárez, F. (2005). **Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes**. Salud Mental , 82-90.

Morales, F. (2010). **Estudio de Salud Mental en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo**. Tesis Doctoral, Valencia. Venezuela.

Moreno, M. y Rodríguez, M. (2010) **Sentido de la vida, inteligencia emocional y salud mental en estudiantes universitarios**. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010 www.interpsiquis.com – Febrero-Marzo 2010

MS, G., MA, D., LS, O., FC, G., y NJJ, G. (2002). **Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México**. Salud Mental , 21-30.

Muñoz, A. (1990) **Satisfacción e insatisfacción en el trabajo**. Tesis doctoral inédita, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Navarro, G. (2009) **Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios**. Universidad del Norte, Colombia: Tesis (Magister en Desarrollo Social) – Programa de Maestría en Desarrollo Social

NIMH (2002) **Fact Sheets on Depression and Other Illnesses**. Junio.

Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wesseley, S., Hotopf, M. (2001) **How many functional somatic syndromes?** J Psychosom Res;51(4):549-57.

Oblitas, L.A. (2006). **Comportamiento y salud**. En L. A. Oblitas (Ed.): Psicología de la salud y calidad de vida (pp. 23-56). México: Thomson.

Olaz, F. (2001) **La teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia**. Argentina: Facultad de Psicología. U.N.C.

OMS. (2001). **Documentos Básicos**. Ginebra, Suiza: OMS 43ª. Edición.

OMS. (2001ª). **Fortaleciendo la promoción de la salud mental**. Ginebra, Suiza: OMS.

OMS. (2004). **Promoción de la Salud Mental**. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2002) **Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político**. Rev Esp Geriatr Gerontol;37(S2):74-105.

Organización Mundial de la Salud (2008). **Estrategia de cooperación**. Disponible en línea: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_cuba_es.pdf.

Orwig, R.L. y Fimmen, M.D. (2005). **Quality of life comparison: Objective assessment versus subjective assessment**. The Journal of Baccalaureate Social Work, 11(1), 30-39.

Padrón, M. (1995) **Satisfacción profesional del profesorado**. Tesis doctoral inédita, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.

Palacio S, y Martínez de B, Y. (2007). **Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios**. Psicogente , 113-128.

Palmero, F. (1994): El sueño como motivo básico.... En M. Chóliz y Pérez, P.L. (Eds): **El sueño: aspectos psicológicos y biomédicos**. Valencia: Promolibro.

Palomar, J. (2000). **The development of an instrument to measure quality of life in Mexico City**. Social Indicators Research, 50, 187-208.

Palomar, J. (2004). **Poverty and subjective well-being in Mexico**. Social Indicators Research, 68, 1-33.

Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernandez, J. (2005). **Poverty, psychological resources and subjective well-being**. Social Indicators Research, 73, 375-408.

Pastor y Aldeguer, V., et al. **Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid**. Educación Médica. 2000; 3 (3): 122-131.

Peñacoba, C., Moreno, B. **University stressors scale: a proposal for assessment of stress in specific group population**. Ansiedad y Estrés. 1999; 5 (1): 61-78.

Pereira, A. (2011) **Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situación de alta y baja exigencia académica. Universidad de Los Andes. Venezuela**. Trabajo para optar al grado de Doctor. Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J. y Márquez, B. (2010) **Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco**. México: Departamento de Humanidades, Artes y Culturas Extranjeras, Centro Universitario de los Lagos, Universidad de Guadalajara, Revista de Educación y Desarrollo, 14. Julio-septiembre.

Pérez. C.; Bonnefoy, C.; Cabrera, A.; Peine, S.; Muñoz, C. Baquedano, M. y Jiménez, J. (2011) **Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile)**. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 29(1)/pp. 148-160/2011/ISSN1794-4724-ISSNe2145-4515

PLANDES (2012) **Informe de Gestión 2011 Proyección 2012**. Mérida: Universidad de Los Andes.

Porciel, A. (2000). **Percepciones y conductas de los jóvenes acerca del uso indebido de sustancias psicoactivas.** Comunicaciones Científicas y Tecnológicas .

Póveda, J. et al (2006) **Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios.** España: UAM.

Prieto, A. (2003). **Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria.** Revista de Salud Pública.

Quesada, S. (2004). **Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria.** Univ. Psychol. Bogotá , 7-16.

Renders, X. (2007). **Los trastornos psicológicos del siglo XXI.** Federación Internacional de Universidades Católicas , 1-67.

Reyes E, M., Weldt M, C., Mateluna C, X., y Almarza, E. (2005). **Medición de la calidad del servicio de salud mental de un servicio de salud universitario en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios.** Terapia psicológica , 45-56.

Reynaga E. (2009). **Diseño, construcción y validación de una escala de evaluación de la salud psicológica en deportistas de alto rendimiento.** Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte, 100-114.

Rivas, A. (2010) **Habilidades sociales y relaciones interpersonales.** Madrid: Fundación Gil Gayarre,

Rivera, A. y Ardila, R. (1983). **Altruismo: bases biológicas, psicológicas y sociales.** Bogotá, Colombia: Usta.

Robbins, S. y Coulter, M. (1996) **Administración.** México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.

Rodado, N. y Grijalba de R. (2001) **La tierra cambia de piel: Una visión integral de la calidad de vida.** 2ª. ed. Bogotá, D.C: Editorial Planeta Colombiana, S.A.

Salanova, M., (2008). **Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva.** En Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), Psicología Positiva aplicada (pp 403-427). Bilbao: Desclée de Brower.

Saldívar H, Ramos L., y Saltijeral M. (2004). **Validación de las escalas de aceptación de la violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios**. Salud Mental , 40-49.

Sánchez, A. (1991). **Psicología Comunitaria, Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención**. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Sánchez, E., Guillén, F., Pineda, C., Moreno, N., y Medina, I. (2001). **Cambio de las Actitudes hacia la Enfermedad Mental y Somática en Estudiantes de Fisioterapia tras seguir un Programa de Psicósomática**. Cuadernos de medicina psicósomática y psiquiatría en enlace, 58-59.

Sánchez, L., Simoes, M. y Brito, J. (2008) **Trabajo y salud mental: Caso supervisores de una locación petrolera**. Salud de los Trabajadores, jun., vol.16, no.1, p.39-52. ISSN 1315-0138.

Seligman, M. (2003) **La Auténtica Felicidad**. Colombia: Vergara.

Sepúlveda, A. R., Gandarillas, A., y Carrobbles, J. A. (2004). **Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población**. Dpto. Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. UAM .

Sierra, J., Jiménez, N. y Martín, J. (2002). **Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño**. Salud Mental , 35-43.

Taylor, S., Kemeny, M., Aspinwall, S., Rodriguez, L., & Herbert, M. (1992). **Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS**. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 460-473.

Tineo, E. (2002). **Informe Comisión Institucional Investigación perfil del estudiante universitario Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez, Cohortes 1998 y 1999**. Caracas: Sapiens, diciembre, año/vol. 3, número 002.

Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2004). **Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología**. Universitas Psychologica, 3(1), 89-98.

Urdaneta, G. (2011) **¿Qué es una Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas?**. Mérida: Universidad de Los Andes.

Vaca, E. (1995). **El concepto de Salud Mental: Notas para un análisis del estado de la cuestión.** Archivos de Neurología. , 341-349.

Vaillant, G. (2003). **Salud Mental.** Publicación Americana de Psiquiatría, 1373-1384.

Vázquez, C. (2009) **La ciencia del bienestar psicológico.** En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.

Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). **Psicología Positiva aplicada.** (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.

Vázquez, C., Hervás, C., Rahona, J., y Gómez, D. (2009) **Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva.** Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 5, 15-28.

Veehoven, R. (2000). **The four qualities of life.** Journal of Happiness Studies, 1, 1-39.

Velarde, E. y Ávila, C. (2002). **Evaluación de la calidad de vida.** Salud Pública de México, 44(4), 349-361.

Velasco, S., Ruiz, M^a. y Álvarez-Dardet, C. (2006) **Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres.** Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. Ago [citado 2012 Mar 28]; 80(4): 317-333. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400003&lng=es.

Vera Poseck, B. (2006) **Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología” Papeles del Psicólogo.** Vol. 27(1), pp. 3-8 <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1279.pdf>

Vera, J. (2001). **Bienestar subjetivo en una muestra de jóvenes universitarios.** Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 3(1), 11-21.

Vera, J. y Rodríguez, E. (2007). **La felicidad y sus correlatos en los estudiantes de la Universidad de Sonora.** Revista de la Universidad de Sonora, octubre-diciembre, 19, 17-19.

Vera, J. y Tánori, B. (2002). **Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana.** Apuntes de Psicología, 20(1), 63-80.

Vera, J., Laborín, J., Córdova, M. y Parra, E. (2007). **Bienestar subjetivo: comparación en dos contextos culturales.** Psicología para América Latina. Disponible en línea: <http://psicolatina.org/11/bienestar.html> (Recuperado el 4 de agosto de 2009).

Vielma, J. (2002) **Estilos de Crianza en Familias Andinas Venezolanas: un Estudio Preliminar.** Rev. Vzlna. de Soc. y Ant., ene., vol.12, no.33, p.46-65. ISSN 0798-3069.

Walker, L., Moodie, R., y Herman, H. (2004). **Promoción de la salud mental y el bienestar.** Melbourne : Moodie R, Hulme A (Eds). Práctica de promoción de la salud.

Weinert, B. (1987) **Manual de Psicología de la Organización.** Barcelona: Herder.

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. (1999) **Functional somatic syndromes, one or many.** Lancet; 354: 936-9.

Zubieta, J. y Susinos, T. (1992) **Las satisfacciones e insatisfacciones de los enseñantes.** Madrid: CIDE.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando un grupo de docentes de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas (FACIJUP) de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. Con el propósito de evaluar la Salud Mental y la Salud Mental Positiva de los Estudiantes.

Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada con fines de investigación.

Entiendo que fui elegido/a para ésta investigación por ser estudiante de esta Facultad. Además doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aporte es confidencial, de manera que no se revelara a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, incluso después de llenada la encuesta.

Además afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con los profesores David Delgado Iturriza, Aymara Vilorio Fernández y Luis Enrique González Zúñiga, a través del número de teléfono (0274) 2402098.

Fecha: _____

Firma del (de la) Participante

Firma del Investigador Principal

Instrucciones

1. Por favor lea con detenimiento.
2. señale claramente la opción elegida.
3. Los cuestionarios son anónimos. Se garantiza la confidencialidad, y los datos solo serán tratados de manera colectiva.
4. una vez finalizada la investigación los resultados serán publicados.
5. muchas gracias por su colaboración.

N° de Cédula Identidad:

Edad:_____

Sexo:

Hombre:_____

Mujer:_____

Año de comienzo de la Carrera:

Procedencia:

Mérida: _____

Otro:_____

A. CUESTIONARIO DE GOLDBERG

Al contestar las preguntas píense en su estado de salud, durante las últimas semanas, en las molestias y en los trastornos recientes y actuales, si los ha tenido.

No conteste en base a trastornos y molestias habidas en el pasado.

Responda en las preguntas marcando la alternativa de respuesta de su juicio, se aproxima más a lo que siente o ha sentido.

B. CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

- SIEMPRE o CASI SIEMPRE
- A MENUDO o CON BASTANTE FRECUENCIA
- ALGUNAS VECES
- NUNCA o CASI NUNCA

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.

POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.

A. SUBESCALA A:

1.-¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- a) Mejor que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Peor que lo habitual.
- d) Mucho peor que lo habitual.

2.-¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

3.-¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

4.-¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

5.-¿Ha padecido dolores de cabeza?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.

- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

6.-¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que esta le va a estallar?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

7.-¿Ha tenido oleadas de calor o de escalofríos?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

SUBTOTAL A

SUBESCALA B:

1.-¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

2.-¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

3.-¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

4.-¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

5.-¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

6.-¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

7.-¿Se ha notado nerviosos y “a punto de explotar” constantemente?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

SUBTOTAL B

SUBESCALA C:

1.-¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- a) Más activo que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Bastante menos que lo habitual.
- d) Mucho menos que lo habitual.

2.-Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- a) Más rápido que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Más tiempo que lo habitual.
- d) Mucho más tiempo que lo habitual.

3.-Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?

- a) Mejor que lo habitual.
- b) Aproximadamente lo mismo.
- c) Peor que lo habitual.
- d) Mucho peor que lo habitual.

4.-¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- a) Más satisfecho.
- b) Aproximadamente igual que lo habitual.
- c) Menos satisfecho que lo habitual.

d) Mucho menos satisfecho.

5.-¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- a) Más útil que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Menos útil que lo habitual.
- d) Mucho menos útil que lo habitual.

6.-¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- a) Más que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Menos que lo habitual.
- d) Mucho menos capaz que lo habitual.

7.-¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- a) Más que lo habitual.
- b) Igual que lo habitual.
- c) Menos que lo habitual.
- d) Mucho menos que lo habitual.

SUBTOTAL C

SUBESCALA D:

1.-¿Ha pensado que usted es una persona que no vale nada?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más que lo habitual.

2.-¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanzas?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más que lo habitual.

3.-¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más de lo habitual.

4.-¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- a) Claramente, no.
- b) Me parece que no.
- c) Se me ha cruzado por la mente.

d) Claramente lo he pensado.

5.- ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más de lo habitual.
- d) Mucho más que lo habitual.

6.-¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- a) No, en lo absoluto.
- b) No más de lo habitual.
- c) Bastante más que lo habitual.
- d) Mucho más que lo habitual.

7.-¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- a) Claramente, no.
- b) Me parece que no.
- c) Se me ha cruzado por la mente.
- d) Claramente lo he pensado.

SUBTOTAL D

B. CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA DE LLUCH (SMP-39)

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	A MENUDO O CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4 me gusto como soy				

5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6 me siento a punto de explotar				
7 Para mí, la vida es aburrida y monótona				
8 A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí				
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12 veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o				
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 intento mejorar como persona				
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19 me preocupa que la gente me critique				
20 creo que soy una persona sociable				
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las				

situaciones conflictivas de mi vida				
23.... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables Soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 me gusta ayudar a los demás				
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				